

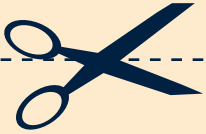


COMISIÓN NACIONAL DE LOS
DERECHOS HUMANOS
M É X I C O

gaceta

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

275
JUNIO
2013



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

CENTRO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

Acuse de recibo

Hemos recibido la Gaceta 275 correspondiente al mes de junio de 2013
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

275
JUNIO
2013

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 23, núm. 275, junio de 2013. 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 GRUPO EDITORIAL ZEURY, S. A. de C. V., 8 de Mayo núm. 5, colonia Lomas de la Era, C. P. 01860, México, D. F. El tiraje consta de 1,000 ejemplares.

GACETA

Contenido

• EDITORIAL	9
• INFORME ESPECIAL	
Informe Especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre el estado que guardan los Derechos Humanos de las Mujeres Internas en Centros de Reclusión de la República Mexicana	15
• INFORME MENSUAL	43
• ACTIVIDADES	
PRESIDENCIA	
Inauguración del Simposio Internacional Jornada sobre Migración, Trata de Personas y Derechos Humanos	95
Participación en el Foro Internacional sobre Desapariciones Forzadas e Involuntarias en México	95
Suscripción de un convenio de colaboración entre la CNDH, la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila y organizaciones de la sociedad civil de esa entidad	95
Firma de convenios de colaboración entre la CNDH, la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila y los Poderes Legislativo y Judicial de esa entidad	96
Firma de convenios de colaboración entre la CNDH, el Poder Ejecutivo del estado de Coahuila y 38 municipios de esa entidad	96
Suscripción de un convenio de colaboración entre la CNDH y la Secretaría de Gobernación	96
Asistencia a la inauguración del 5o. Congreso Mundial contra la Pena de Muerte	96
Participación en el Taller “Familias de las Víctimas: una Red de Acción Internacional”, del 5o. Congreso Mundial contra la Pena de Muerte	97
Inauguración de la exposición fotográfica “Lo más importante”, en el marco del Día Mundial de las Personas Refugiadas	97
Firma de un convenio de colaboración entre la CNDH y la organización Médicos Sin Fronteras	97

Participación en el seminario internacional Los Derechos Humanos a 65 años de la Declaración Universal y 20 años de la Conferencia de Viena	97
Inauguración del foro "Justicia, seguridad y prevención de la violencia contra las mujeres para proteger sus Derechos Humanos"	98
Suscripción de un convenio de colaboración entre la CNDH y el Poder Ejecutivo del estado de Campeche	98
Firma de diversos convenios entre la CNDH y los 11 ayuntamientos del estado de Campeche	98
Suscripción de un convenio de colaboración entre la CNDH y el Instituto Mexicano del Seguro Social	98
Presentación del "Informe especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre mujeres en reclusión"	99
Presentación de la campaña "El Plan es Tener un Plan"	99
Asistencia a la presentación del "Informe sobre la situación de las y los defensores de Derechos Humanos en México" de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos	99
Firma de un convenio de colaboración entre la CNDH y el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje	99
Impartición de la conferencia magistral "La reforma constitucional del 10 de junio de 2011 en materia de Derechos Humanos", por el quincuagésimo aniversario del Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje	99
Entrega de convenios de colaboración y constancias de registro de ONG	100
Impartición de la conferencia magistral "Los Derechos Humanos del ciudadano común frente a los medios", en la celebración del XV Aniversario de la Red Social de Tijuana y de la entrega del Premio Estatal al Altruismo	100
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 Crueles, Inhumanos y Degradantes</i>	
1. Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura	100
2. Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2013	101
CUARTA VISITADURÍA GENERAL	
<i>Dirección de Promoción y Difusión de Derechos Humanos de los Pueblos y Comunidades Indígenas</i>	
Actividades de divulgación	105
<i>Programa de Protección de los Derechos Humanos de Indígenas en Reclusión</i>	107
<i>Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres</i>	107
QUINTA VISITADURÍA GENERAL	109
<i>Programa de Atención al Migrante</i>	
Participación en el Foro "Migración y Derechos Humanos: una Realidad sin Fronteras"	109
<i>Programa contra la Trata de Personas</i>	
Impartición de los cursos "La trata de personas en México" e "Integración de la averiguación previa del delito de trata de personas", en Tijuana, Baja California	110

Asistencia a una sesión del Comité Regional contra la Trata de Personas con sede en Tapachula, Chiapas	110
Impartición del taller de sensibilización "Prevención de la Trata de Personas"	110
Impartición de la conferencia "La trata de personas en México", en Mérida, Yucatán	110
Impartición del Foro "Retos en la Procuración e Impartición de Justicia en México en Materia de Trata de Personas", en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas	111
CENTRO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS	111
• RECOMENDACIONES	
Recomendación 22/2013. Sobre el caso de la inadecuada atención médica y pérdida de la vida de V1, quien se encontraba interno en el Centro de Readaptación Social de Manzanillo, Colima	119
Recomendación 23/2013. Sobre el caso de inadecuada atención médica en agravio de V1, en los Hospitales de Especialidades No. 71, en Coahuila y General de Zona No. 1, en Zacatecas, ambos del IMSS	141
Recomendación 24/2013. Sobre el caso de inadecuada atención médica atribuible a personal del Instituto Mexicano del Seguro Social, en agravio de V1	159
Recomendación 25/2013. Sobre el caso de inadecuada atención médica y pérdida de la vida de V1 y V2, menores de edad, en los Hospitales Generales de Escuinapa y Mazatlán "Dr. Martiniano Carvajal", ambos pertenecientes a la Secretaría de Salud en el estado de Sinaloa; y otras irregularidades en el Hospital Rural No. 16 "Villa Unión" del IMSS	179
Recomendación 26/2013. Sobre una conciliación incumplida, por parte del ISSSTE, en agravio de V1	199
• BIBLIOTECA	
Nuevas adquisiciones del Centro de Documentación y Biblioteca	217

20 de junio. Día Mundial de los Refugiados

Debemos trabajar juntos para movilizar la voluntad y el liderazgo políticos con miras a prevenir y poner fin a los conflictos que desencadenan corrientes de refugiados. En los casos en que se restablezca la seguridad, debemos abordar las causas profundas del conflicto y facilitar el retorno sostenible de los refugiados mediante el acceso a los medios de vida, los servicios y el estado de derecho.

Ban Ki-moon,
Secretario General de las Naciones Unidas, 2012

La Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la resolución 55/76 el 4 de diciembre de 2000. En esta resolución, la Asamblea General tomó nota de que en el año 2001 se cumpliría el cincuentenario de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951, y de que la Organización de la Unidad Africana (OUA) había convenido en que la celebración de un día internacional de los refugiados podría coincidir con la del Día de los Refugiados en África, que se observa el 20 de junio. Por consiguiente, decidió que, a partir del año 2001, el día 20 de junio sea el Día Mundial de los Refugiados.¹

La Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 y su Protocolo de 1967 siguen siendo las piedras angulares del sistema de protección internacional de los refugiados. La Convención de 1951 está concebida como un instrumento universal de derechos humanos destinado a proteger a los refugiados de la persecución, evitar su devolución y garantizar sus derechos en general.²

La mencionada Convención señala que refugiado es una persona que “debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia

¹ <http://www.un.org/es/events/refugeeday/>

² <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2012/8989>

*a determinado grupo social u opiniones políticas se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país; o que careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores no quiera regresar a él”.*³

*Además de la figura de refugiado, existen los solicitantes de asilo, quienes necesitan ayuda y asesoramiento mientras se aplica el estatuto de refugiado. Asimismo, a las personas que huyen de sus hogares por causas parecidas a las que motivan la huida de los refugiados, pero que no cruzan una frontera internacional, se les define como desplazados internos.*⁴

*Los apátridas son esos millones de personas alrededor del mundo que se encuentran atrapadas en un limbo jurídico y no son consideradas como nacionales por ningún país afectando el disfrute de sus derechos básicos; y los retornados, también llamados repatriados, quienes consiguen volver a casa.*⁵

*Cifras de ACNUR señalan que en el mundo existen 42,5 millones de personas desplazadas, de las cuales 15,2 millones son refugiados; 26,4 millones son desplazados internos; 12 millones de apátridas, 3,7 millones de repatriados y 895,000 solicitantes de asilo. En los últimos años, los desplazados internos se han convertido en el grupo más numeroso de personas que reciben protección y asistencia de este organismo internacional.*⁶

*Es importante señalar que los patrones globales de migración se han vuelto cada vez más complejos en los tiempos modernos, con la participación no sólo de los refugiados, sino también de millones de inmigrantes económicos. Los migrantes, especialmente los migrantes económicos, deciden mudarse con el fin de mejorar las perspectivas de futuro de sí mismos y sus familias. Los refugiados tienen que moverse si quieren salvar sus vidas o su libertad. Ellos no tienen la protección de su propio Estado, de hecho, es a menudo su propio gobierno el que amenaza con perseguirlos.*⁷

*En los albores del siglo XXI, México ha recibido refugiados de todas las latitudes y el abanico de motivaciones para solicitar el reconocimiento de la condición de refugiado se ha diversificado, lo cual vuelve mucho más complejo el tema de la protección internacional. Al respecto, la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados cuenta con registros administrativos de la población reconocida como refugiada en México. Los datos estadísticos apuntan que, en el periodo comprendido de 2002-2011, las solicitudes de asilo ascendieron a 5,255. Por su parte, la población reconocida como refugiada en México, en el mismo periodo (2002-2011), ascendió a 1,186 personas.*⁸

En 2011 se aprobó en México un nuevo marco jurídico exclusivo para la atención de la población refugiada que, además de los anteriores motivos de reconocimiento, incluye el género. La Ley sobre Refugiados y Protección Complementaria (LRPC) representa un

³ <http://www.acnur.org/t3/el-acnur/eventos/2012/dmr-2012/?L=gctdwzycavwyum>

⁴ <http://www.un.org/es/events/refugeeday/background.shtml>

⁵ Ídem.

⁶ <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2012/8989>

⁷ <http://www.acnur.org/t3/a-quien-ayuda/refugiados/>

⁸ http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Refugiados%20en%20Mexico_Perfiles%20socio-demograficos%20e%20integracion%20social.pdf

avance sustantivo en el procedimiento de reconocimiento y procuración de la protección de la integridad de los refugiados. La protección internacional de las personas refugiadas en México incluye además la promoción de acciones que favorezcan la convivencia social, económica y política en los nuevos contextos de recepción. Acorde con la tendencia mundial, las personas refugiadas que llegan a México se ubican en poblados urbanos o ciudades; en esos contextos tiene lugar la inserción de las personas refugiadas en el país.⁹

Finalmente, es importante señalar que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos cuenta con oficinas regionales de atención en diversas entidades fronterizas donde recibe e investiga quejas por presuntas violaciones a los derechos fundamentales de extranjeros que eligieron México para radicar y rehacer su vida. También ha firmado convenios de colaboración con instituciones de carácter internacional, como el Alto Comisionado de la ONU para los Refugiados, con el propósito de realizar campañas de protección y asistencia. Este Organismo nacional autónomo participa en las actividades desarrolladas para erradicar la marginación y el racismo, capacita a servidores públicos en materia de derechos humanos y fomenta el cumplimiento de la legislación en materia de apoyo humanitario.¹⁰

⁹ *Ídem.*

¹⁰ http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Comunicados/2012/COM_2012_156.pdf

INFORME ESPECIAL

GACETA 275 • JUNIO/2013 • CNDH

Informe Especial

de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre el estado que guardan los Derechos Humanos de las Mujeres Internas en Centros de Reclusión de la República Mexicana

I. PRESENTACIÓN

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 y 6, fracciones I, II, III, VIII, XII y XIV Bis; 15 fracción VIII, 24, fracción IV, 46, 48 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 174 y 175 de su reglamento interno, presenta a la opinión pública, el *Informe Especial sobre el estado que guardan los derechos humanos de las mujeres internas en centros de reclusión de la República Mexicana*.
2. A través de este informe, la Comisión Nacional hace patente la necesidad de que las autoridades encargadas del sistema penitenciario mexicano, tomen medidas pertinentes y realicen acciones a efecto de que se garantice la protección, defensa y ejercicio efectivo de los derechos humanos de las mujeres que se encuentran privadas de su libertad en los centros de reclusión de la República Mexicana, por cuya circunstancia las coloca en una situación de vulnerabilidad.

II. ANTECEDENTES

3. En México, las instituciones carcelarias exclusivas para el género femenino son evidentemente inferiores en número respecto de los varoniles; del total de 418 centros de reclusión del país, diez establecimientos dependientes de los gobiernos de los estados son exclusivos para albergar la población femenil, a saber: 1) Centro de Readaptación Social Femenil Aguascalientes; 2) Centro de Readaptación Social Femenil Saltillo, Coahuila; 3) Centro Estatal para la Reinserción Social de los Sentenciados No. 4 Femenil Tapachula, Chiapas; 4) Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla; 5) Centro Femenil de Readaptación Social Tepic, Distrito Federal; 6) Centro Preventivo de Reclusión Femenil Guadalajara, Jalisco; 7) Centro de Readaptación Social Femenil Atlacholaya, Morelos; 8) Centro de Readaptación Social Femenil San José El Alto, Querétaro; 9) Centro de Readaptación Social Nogales Femenil, Sonora y 10) Centro Preventivo de Readaptación Social Femenil Cieneguillas, Zacatecas.
4. En el ámbito federal, mediante Acuerdo 03/2011 publicado en el Diario Oficial de la Federación el 2 de junio de 2011, se incorporó al sistema penitenciario el Centro Federal Femenil "Noroeste", Tepic, Nayarit, y a través del Acuerdo 04/2011 publicado el día 3 del mismo mes y año, se incorporaron al Complejo Penitenciario "Islas Mariás", el Centro Federal Femenil de Readaptación Social Rehilete y el Centro Federal Femenil de Readaptación Social de Seguridad Mínima Zacatal; cabe mencionar que éste último no se encuentra en operación.

5. De acuerdo con el cuaderno mensual de información estadística penitenciaria nacional del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social, correspondiente al mes de abril de 2013, la población femenil reclusa en los establecimientos penitenciarios de la República Mexicana, fue de 11,901 mujeres, de las cuales 8,839 son del fuero común, es decir el 74.27 %; de este número, 4,532 son procesadas y 4,307 han sido sentenciadas, mientras que de las 3,062 internas del fuero federal, las cuales representan el 25.72 % con respecto al total de la población de mujeres en el país; 1,728 se encuentran bajo proceso y 1,334 son sentenciadas.
6. Del total de la población femenil, solamente 4,189 se encuentran reclusas en los señalados centros específicos para mujeres, lo cual representa 35.19 %, mientras que 7,712 es decir 64.80 % se alberga en centros mixtos.
7. Al ser la población femenina del 4.87 % de la población total reclusa, la infraestructura, la organización y el funcionamiento de los establecimientos de reclusión han girado en torno a las necesidades de los hombres.
8. En este contexto, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito ha mencionado que las mujeres privadas de su libertad representan una porción muy pequeña de la población penitenciaria en general, sin embargo, diversos estudios han demostrado que el número de mujeres en prisión en muchos países han aumentado a un ritmo más rápido que de los hombres.
9. En México por ejemplo, se observó una tendencia similar, del año de 1997 al mes de abril de 2013 el crecimiento de la población femenil fue de 175.04 %, lo cual implica un incremento vertiginoso en el número de mujeres que se encuentran reclusas, manteniendo año con año una tendencia de entre 4 y 5 % de la población penitenciaria total.
10. Por lo que respecta a la población de mujeres indígenas en reclusión, existe una población de 290 internas, de las cuales 236 son del fuero común y 54 del fuero federal. Del fuero común, 85 mujeres procesadas y 151 sentenciadas; en el caso del fuero federal, 26 procesadas y 28 sentenciadas, que pertenecen a 27 diferentes grupos étnicos del país: Náhuatl, Tzotzil, Mixteco, Otomí, Zapoteco, Maya, Tzeltal, Totonaca, Mazateco, Mazahua, Mixe, Tlapaneco, Chol, Chinanteco, Mayo, Purépecha, Huasteco, Amuzgo, Chatino, Cora, Huichol, Quiché, Zoque, Cakchiquel, Cuicateco, Matlatzinca y Tarahumara.
11. Adicionalmente, es importante señalar, que de los registros con los que cuenta este Organismo Nacional, se desprende que al mes de noviembre de 2012, en los diversos establecimientos penitenciarios donde se alojan mujeres, existe una población de 377 menores de edad viviendo con sus madres en prisión y 48 internas se encontraban en estado de gravidez.

III. ACCIONES

12. Para la elaboración del presente informe, se diseñó un programa de trabajo que contempló visitas de campo a centros penitenciarios con población femenil, tanto federales como estatales, entrevistas a mujeres privadas de la libertad y a personal técnico penitenciario, así como la recopilación de información. Además, se revisaron los resultados del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria (DNSP), presentado en septiembre de 2012, relativo a 69 establecimientos que albergan a población mixta dependientes de autoridades de los estados de Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas, a saber:

NÚM.	ENTIDAD	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO
1.	BAJA CALIFORNIA	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL VARONIL DE MEXICALI
2.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL VARONIL LIC. JORGE A. DUARTE CASTILLO EN TIJUANA
3.	BAJA CALIFORNIA SUR	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL DE LA PAZ
4.		CENTRO REGIONAL DE READAPTACIÓN SOCIAL DE CD. CONSTITUCIÓN
5.	CAMPECHE	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL DE CD. DEL CARMEN
6.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL DE SAN FRANCISCO KOBEN
7.	CHIAPAS	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL NO. 14 EL AMATE
8.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL NO. 5 SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS
9.	CHIHUAHUA	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL MUNICIPAL CD. JUÁREZ
10.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL "CHIHUAHUA" (AQUILES SERDÁN)
11.		CENTRO DE READAPTACION SOCIAL UNIDAD DE BAJO RIESGO
12.	COAHUILA	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL DE PIEDRAS NEGRAS
13.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL DE TORREÓN
14.	COLIMA	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL DE MANZANILLO
15.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL DE COLIMA
16.		RECLUSORIO PREVENTIVO DE TECOMÁN
17.	DURANGO	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL NO. 2 GÓMEZ PALACIO ¹
18.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL NO. 1 DURANGO
19.	ESTADO DE MÉXICO	CENTRO PREVENTIVO Y DE READAPTACIÓN SOCIAL CHALCO
20.		CENTRO PREVENTIVO Y DE READAPTACIÓN SOCIAL ECATEPEC
21.		CENTRO PREVENTIVO Y DE READAPTACIÓN SOCIAL NEZAHUALCÓYOTL BORDO DE XOCHIACA
22.		CENTRO PREVENTIVO Y DE READAPTACIÓN SOCIAL TLALNEPANTLA DE BAZ
23.	GUANAJUATO	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL GUANAJUATO
24.		CENTRO ESTATAL DE REINSERCIÓN SOCIAL DE LEÓN GUANAJUATO
25.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL "MIL" VALLE DE SANTIAGO
26.	GUERRERO	CENTRO REGIONAL DE READAPTACIÓN SOCIAL CHILPANCINGO DE LOS BRAVO
27.		CENTRO REGIONAL DE READAPTACIÓN SOCIAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
28.		CENTRO REGIONAL DE READAPTACIÓN SOCIAL DE ACAPULCO DE JUÁREZ
29.	HIDALGO	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL PACHUCA
30.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL TULA
31.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL TULANCINGO
32.	JALISCO	CENTRO INTEGRAL DE JUSTICIA REGIONAL PUERTO VALLARTA
33.	MICHOACÁN	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL MIL CUMBRES, LIC. DAVID FRANCO RODRÍGUEZ
34.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL URUAPAN (LIC. EDUARDO RUIZ)

¹ Desalojado el día 19 de diciembre de 2012.

NÚM.	ENTIDAD	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO
35.	MORELOS	CÁRCEL DISTRITAL CUAUTLA
36.		CÁRCEL DISTRITAL JOJUTLA
37.	NAYARIT	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL NAYARIT VENUSTIANO CARRANZA
38.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL REGIONAL SANTIAGO IXCUINTLA
39.	NUEVO LEÓN	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL MONTERREY (TOPO CHICO)
40.	OAXACA	PENITENCIARÍA CENTRAL OAXACA DE JUÁREZ (STA. MARÍA IXCOTEL)
41.		RECLUSORIO REGIONAL SANTO DOMINGO TEHUANTEPEC
42.		RECLUSORIO SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC
43.	PUEBLA	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL PUEBLA
44.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL DE TEHUACÁN
45.	QUERÉTARO	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL SAN JUAN DEL RÍO
46.	QUINTANA ROO	CENTRO DE REINSERCIÓN SOCIAL DE CANCÚN
47.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL DE CHETUMAL
48.	SAN LUIS POTOSÍ	CENTRO PREVENTIVO Y DE READAPTACIÓN SOCIAL NO. 1 DELEGACIÓN LA PILA
49.		CENTRO DE RECLUSIÓN ESTATAL TAMAZUNCHALE
50.		CENTRO DE RECLUSIÓN ESTATAL RÍO VERDE
51.	SINALOA	CENTRO DE EJECUCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS JURÍDICAS DEL DELITO CULIACÁN
52.		CENTRO DE EJECUCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS JURÍDICAS DEL DELITO LOS MOCHIS
53.		CENTRO DE EJECUCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS JURÍDICAS DEL DELITO MAZATLÁN
54.	SONORA	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL CIUDAD OBREGÓN
55.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL HERMOSILLO I
56.	TABASCO	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL HUIMANGUILLO
57.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL COMALCALCO
58.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL VILLAHERMOSA
59.	TAMAULIPAS	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL MATAMOROS 2
60.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL REYNOSA
61.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL NUEVO LAREDO 2
62.	TLAXCALA	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL APIZACO
63.	VERACRUZ	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL AMATLÁN
64.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL COATZACOALCOS
65.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL XALAPA PACHO VIEJO
66.	YUCATÁN	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL MÉRIDA
67.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL VALLADOLID
68.		CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL TEKAX
69.	ZACATECAS	CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL FRESNILLO

13. Del mismo modo, servidores públicos de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, llevaron a cabo visitas de supervisión penitenciaria a los siguientes 10 establecimientos de reclusión exclusivos para mujeres:
14. 1) Centro de Readaptación Social Femenil Aguascalientes; 2) Centro de Readaptación Social Femenil Saltillo; 3) Centro Estatal para la Reinserción Social de los Sentenciados No. 4 Femenil Tapachula; 4) Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla; 5) Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan; 6) Centro de Reinserción Femenil de Jalisco; 7) Centro de Readaptación Social Femenil Atlacholoaya; 8) Centro de Readaptación Social Femenil San José El Alto; 9) Centro de Readaptación Social Nogales Femenil y 10) Centro Preventivo de Readaptación Social Femenil Cieneguillas.
15. La Guía Nacional de Supervisión Penitenciaria fue el instrumento utilizado para verificar el respeto a los derechos humanos de las mujeres en reclusión, condiciones de estancia, trato digno, salud, alimentación, legalidad, reinserción social, así como el funcionamiento y la organización de los centros penitenciarios a nivel nacional.
16. Asimismo, del 28 de noviembre al 7 de diciembre de 2012, se llevó a cabo una visita de supervisión al Complejo Penitenciario "Islas Marías", Nayarit, la cual incluyó entrevistas con personal técnico y directivo, así como con internas alojadas en el Centro Federal Femenil de Readaptación Social Rehilete, con la finalidad de conocer las condiciones de estancia en el citado Complejo.
17. El trabajo de investigación para la elaboración del presente informe especial también contempló la revisión de expedientes relativos a quejas que se presentaron por acciones u omisiones violatorios de derechos humanos, atribuibles a autoridades del Complejo Penitenciario "Islas Marías".
18. También, los días 2, 8 y 9 de noviembre de 2011 y 9 de agosto de 2012, personal de este Organismo Nacional se constituyó en el Centro Federal Femenil "Noroeste", en Tepic, Nayarit; con el propósito de recabar información relativa a la queja que presentaron 50 internas, quienes expusieron sus inconformidades relacionadas con las condiciones de estancia en ese lugar.
19. De igual forma, se recopiló información estadística sobre el total de centros de reclusión existentes en el país, que alojan población mixta, los destinados para albergar exclusivamente población femenil, así como del total de la población penitenciaria de este sector, por fuero y situación jurídica.
20. Finalmente, para la elaboración del presente informe especial se tomaron en consideración las recomendaciones generales 1, 3 y 18, así como el Informe Especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos Humanos en los Centros de Reclusión de la República Mexicana, dependientes de Gobiernos Locales y Municipales, que constituyen una aportación objetiva, respecto de las condiciones, tanto materiales como de estancia, de las mujeres que se encuentran privadas de su libertad en el ámbito nacional.

IV. HECHOS

21. Como resultado del trabajo de investigación realizado se observó la existencia de hechos que contravienen normas nacionales e internacionales sobre los derechos humanos de las mujeres privadas de la libertad, relativos a la reinserción social, a la igualdad, al trato digno, a la protección de la salud, a la legalidad y seguridad jurídica, como a continuación se expone:

A. Estancia digna

1. Instalaciones necesarias para el funcionamiento de los establecimientos penitenciarios

22. El Centro de Reinserción Social Femenil Aguascalientes no cuenta con centro de observación y clasificación, y el área de ingreso es insuficiente. Por otro lado, el Centro de Readaptación So-

cial Femenil Saltillo y sus similares No. 4 de Tapachula, Chiapas y San José el Alto en Querétaro, no cuentan con espacios suficientes para albergar a la población reclusa en sus instalaciones en las áreas de observación, clasificación y de protección, además éste último no tiene locutorios y ambos presentan deficiencias en las condiciones materiales y de higiene en las áreas de ingreso, observación y clasificación, dormitorios, médica y talleres.

23. En la Cárcel Distrital Cuautla y Jojutla, Morelos, el área femenil no cuenta con instalaciones ni espacio para que las internas puedan disfrutar de actividades deportivas, laborales y recreativas.
24. En el Centro de Readaptación Social Regional Santiago Ixcuintla, Nayarit, se observó una mujer en reclusión, a quien por falta de un área destinada para su género, fue alojada en una oficina de dicho establecimiento.
25. En el Centro Femenil de Readaptación Social de Santa Martha Acatitla y en el Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan, las condiciones materiales y de higiene en áreas de observación y clasificación, dormitorios, locutorios, protección, comedores y visita familiar presentan serias deficiencias.
26. En el Centro Preventivo de Reclusión Femenil Guadalajara no cuentan con instalaciones necesarias en el área de ingreso y dormitorios; por ejemplo, en el dormitorio B, algunas internas duermen en el piso y en el Centro de Reinserción Social Femenil Atlacholoaya, Morelos, es insuficiente la capacidad para alojar internas en el área de observación y clasificación. A ello se suman las deficientes condiciones materiales y de higiene en cocina y comedores.
27. El Centro de Reinserción Social de Apizaco, Tlaxcala, carece de servicio médico en el área femenil.
28. El Centro de Readaptación Social Cieneguillas Femenil, Zacatecas, carece de espacios destinados para las áreas de protección, observación y clasificación y presenta deficiencias relacionadas con las condiciones de higiene en todas las áreas del establecimiento.
29. En la visita realizada al Complejo Penitenciario "Islas Marías", se constató que no existen espacios suficientes destinados para que las internas lleven a cabo la visita íntima y familiar, por lo que tienen que compartir el área destinada para tal efecto con los varones, y los espacios están sujetos a la disponibilidad y a la programación correspondiente a cada estancia.
30. Aunado a ello, del recorrido al Centro Federal Femenil de Readaptación Social Rehilete se advirtió que no existen instalaciones propias para la realización de actividades laborales, artísticas así como de capacitación para el trabajo, y las destinadas a la realización de actividades deportivas, resultan insuficientes.
31. De igual manera, en el recorrido realizado al Centro Federal de Readaptación Social Bugambillas, el cual aloja a los internos que viven con su cónyuge, el personal de seguridad y custodia afirmó, que actualmente existen 50 viviendas, donde sólo 21 se encuentran ocupadas, en tanto, se pudo constatar que el resto no está en condiciones de habitabilidad.
32. En el Centro Federal Femenil "Noroeste", en Tepic, Nayarit, solamente cuentan con un área de usos múltiples que se utiliza como cancha de voleibol y básquetbol, juegos de mesa, actividades recreativas, educativas y de ludoteca.

2. Hacinamiento y sobrepoblación

33. El Centro de Readaptación Social Femenil de Aguascalientes al día de la visita, albergaba una población de 101 internas lo que presenta una sobrepoblación de 12 % con respecto a su capacidad; a ello, se suma la deficiente distribución de la población, lo cual genera hacinamiento en algunas áreas. De igual forma, el Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan, tiene una capacidad para alojar a 285 internas, sin embargo, al día de la visita existía una población de 315 reclusas, lo que representa el 8.7 % de sobrepoblación. Asimismo, el Centro Preventivo de Reclusión Femenil de Guadalajara, al día de la visita contaban con una población de 505 internas, lo que representa un 97 % de sobrepoblación, dado que tiene una

capacidad para alojar a 256 mujeres, aunado a que las internas del dormitorio “B” duermen en el piso, derivado del hacinamiento.

- 34.** Los dormitorios 1, 2 y 3 del Centro Federal Femenil Rehilete del Complejo Penitenciario “Islas Marías”, presenta hacinamiento, derivado a que éstos se dividen en secciones reducidas donde se ubican dos columnas de literas en las que pernoctan 40 internas.

3. Registro de internas

- 35.** De acuerdo con los resultados del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria, presentado en septiembre de 2012, en los Centros de Readaptación Social Municipal de Ciudad Juárez, Chihuahua; de San Francisco Koben, Campeche; de Tulancingo, Hidalgo, así como en el similar de Valladolid en Yucatán; no cuentan con un registro del número de internas que viven con sus hijos en el establecimiento penitenciario.

B. Trato digno

- 36.** En el Complejo Penitenciario “Islas Marías”, las internas entrevistadas refirieron haber sido obligadas a desnudarse y a realizar sentadillas, como parte de la revisión de ingreso al Complejo y durante las revisiones de rutina en las estancias. En el Centro Federal Femenil Noroeste las internas expusieron que cuando las autoridades efectúan cateos o revisiones hacen que se quiten el uniforme quedando en ropa interior, además de sacudirse el sostén y la pantaleta frente a los oficiales, situación que también se lleva a cabo cuando acuden a los juzgados.

C. Igualdad ante la ley entre el varón y la mujer

1. Acceso a las instalaciones y servicios

- 37.** En los Centros de Readaptación Social No. 2 Gómez Palacio, Durango; en el Regional de Santiago Ixcuintla, Nayarit; en el de Reclusión Estatal de Tamazunchale y Río Verde, San Luis Potosí; en el de Ciudad Obregón y Hermosillo I, Sonora; en el de Huimanguillo y Comalcalco, Tabasco, las internas no tienen acceso a los servicios médicos ni a las instalaciones, como patio, aulas, talleres y áreas deportivas en igualdad de condiciones que los hombres.
- 38.** En el caso del Centro de Reinserción Social Femenil Atlacholoaya, Morelos, las internas cuyos delitos están relacionados con la delincuencia organizada no tienen acceso a las áreas comunes, como patio, comedor y visita familiar.

D. Integridad y seguridad personal.

1. Separación entre hombres y mujeres en centros que albergan población mixta

- 39.** En los establecimientos que se señalan a continuación, se observó que no existe una adecuada o correcta separación de hombres y mujeres, particularmente en las áreas de ingreso, observación y clasificación, y son: Regional de Readaptación Social de Ciudad Constitución, Baja California Sur; de Readaptación Social San Francisco Koben, Campeche; de Readaptación Social Unidad de Bajo Riesgo, Chihuahua; de Readaptación Social Torreón, Coahuila; de Readaptación Social No. 2 Gómez Palacio, Durango; Preventivo y de Readaptación Social Ecatepec y Tlalnepantla de Baz, Estado de México; de Reinserción Social de León, Guanajuato; Regional de Chilpancingo de los Bravo, Iguala y Acapulco, Guerrero; Readaptación Social de Pachuca, Tula y Tulancingo, Hidalgo; de Readaptación Social “Venustiano Carranza”, Nayarit; Reclusorio Regional Santo Domingo Tehuantepec, Oaxaca; de Readaptación Social San Juan del Río, Querétaro; de Reinserción Social de Cancún, Quintana Roo; Preventivo y de Readap-

tación Social No. 1 La Pila, y Estatales de Tamazunchale y Río Verde, en San Luis Potosí; en el Centro de Readaptación Social Hermosillo I, en Sonora; de Readaptación Social Huimanguillo y Comalcalco, en Tabasco; de Readaptación Social "Pacho Viejo", Xalapa, Veracruz y de Readaptación Social Tekax, Yucatán.

40. Por su parte, en los centros que a continuación se mencionan no existe área exclusiva de visita íntima para mujeres y hombres. Aunado a lo anterior, se observó que en algunos de los centros mencionados, conviven ambos géneros en áreas de comedores y patios: Centro de Readaptación Social "Lic. Jorge A. Duarte Castillo", Tijuana, Baja California; de Reinserción Social de Torreón, Coahuila; de Reinserción Social de Chalco, Ecatepec y Tlalnepantla de Baz, Estado de México; en los Regionales de Chilpancingo, Iguala y Acapulco, en Guerrero; Venustiano Carranza en Tepic, Nayarit; de Readaptación Social Monterrey, Nuevo León; el ubicado en San Juan del Río, Querétaro; el de Chetumal, Quintana Roo, el de Reclusión Estatal Río Verde, San Luis Potosí; en Huimanguillo y Comalcalco, en Tabasco, así como en los que se encuentran en Valladolid y Tekax en el estado de Yucatán.
41. En el Centro de Readaptación Social de Durango, se encontraron hombres deambulando en el área femenil y en el Centro Readaptación de Pachuca se observó que las mujeres caminan libremente por las áreas abiertas del área varonil.

2. Personal de seguridad y custodia

42. Se pudo constatar la insuficiencia de personal femenino de seguridad y custodia para la vigilancia de las mujeres reclusas, en los Centros Femeniles de Readaptación Social Santa Martha Acatitla y Tepepan en el Distrito Federal; el Centro de Reinserción Social Femenil Atlacholaya, Morelos, el de San José el Alto en Querétaro; el de Nogales, Sonora y, el Centro de Reinserción Femenil Jalisco, ya que no cuentan con personal suficiente para cubrir ausencias, vacaciones e incapacidades.

E. Protección de la salud

1. Atención médica

43. En la mayoría de establecimientos que alojan población femenil y varonil la atención médica es deficiente, puesto que no existen instalaciones específicas para mujeres, ello implica que las mujeres sean atendidas, si es el caso, en el mismo lugar que los varones.
44. Se observó que los siguientes establecimientos carecen de personal médico suficiente para atender a la población en general, y no cuentan con especialistas para la atención específica de las mujeres: de Readaptación Social Varonil de Mexicali y Tijuana, Baja California; en los similares de la Paz y de Ciudad Constitución, en Baja California Sur; en Ciudad Carmen, Campeche, en el número 14 "El Amate", en Cintalapa y No. 4 Femenil en Tapachula ambos en Chiapas, en el Municipal de Ciudad Juárez y el de Aquiles Serdán, Chihuahua; en el de Torreón, Coahuila, en el número 1 y 2 de Durango y Gómez Palacio, en el Preventivo y de Readaptación Social de Chalco, Ecatepec, Nezahualcóyotl (Bordo de Xochiaca) y Tlalnepantla, en el Estado de México; en el de Guanajuato, León y Valle de Santiago, en Guanajuato; en Chilpancingo de los Bravo, Iguala y Acapulco, Guerrero; en Pachuca, Tula y Tulancingo, Hidalgo; en el equivalente de Uruapan, Michoacán; en la Cárcel Distrital Cuautla en Morelos; en el Regional de Santiago Ixcuintla, en Nayarit; en Monterrey, Nuevo León, en la Penitenciaría Central Oaxaca de Juárez y el Reclusorio Regional Santo Domingo Tehuantepec, ambos en el estado de Oaxaca, en San Juan del Río, Querétaro; en Chetumal, Quintana Roo, en el Centro de Reclusión Estatal de Río Verde, San Luis Potosí; en Ciudad Obregón, Sonora; en el similar

- de Huimanguillo, Comalcalco y Villahermosa, Tabasco; así como en el Centro de Readaptación Social Matamoros 2, Tamaulipas; y en Amatlán, Coatzacoalcos y Xalapa, Veracruz.
45. En los establecimientos penitenciarios exclusivos para mujeres, existen algunas deficiencias relacionadas con la prestación del servicio de salud a la población interna, ya que en el caso del Centro de Readaptación Social Femenil Aguascalientes, no se cuenta con suficiente instrumental médico; en el similar de Saltillo, no existe unidad odontológica, ni hay suficiente personal médico y psicológico para atender a las internas; y el Centro Estatal para la Reinserción para Sentenciados No. 4 "Femenil" Tapachula, Chiapas, no tiene personal médico ni material de curación suficiente.
 46. Por otra parte, en el Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla, se observó que el mobiliario e instrumental médico presentan deterioros; el Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan, carece de instrumental médico.
 47. El Centro de Reinserción Social Femenil de Atlacholoaya, Morelos presenta deficiencias en la unidad odontológica, cuenta con escaso personal y el material de curación y medicamentos es insuficiente; el Femenil de San José El Alto, Querétaro, carece de instrumental médico; y en el similar de Nogales, existen deficiencias relacionadas con la falta de personal y una adecuada atención médica a sus necesidades específicas, especialmente aquellas propias de su género.
 48. En el Complejo Penitenciario Islas Marías, los servidores públicos entrevistados manifestaron que el servicio médico por parte del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social, solamente contaba con tres médicos generales, para una población de más de 8,000 internos; cuya labor esencial es de carácter administrativo y en ocasiones para la atención de urgencias; aunado a que se constató que no se integran debidamente los expedientes clínicos, hay escasez de medicamentos, y no cuentan con instalaciones propias como área de hospitalización y que los estudios de laboratorio, de gabinete básicos, así como la atención médica son realizados por el Hospital Rural número 20 "Islas Marías" del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual también ministra los fármacos.
 49. Por otro lado, el titular de la División de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social comunicó que la enfermera adscrita al área femenil es quien lleva a las internas que lo solicitan, para que el médico familiar adscrito al Hospital Rural número 20 "Islas Marías" las valore y programe las citas para las pacientes que requieran tratamientos y estudios especializados o atención de urgencias fuera del Complejo Penitenciario.
 50. Así, para recibir la atención referida en el párrafo que antecede, es necesario esperar un tiempo mínimo de tres meses para la asignación de cita, así como la autorización del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social para su externación al continente, cuyo traslado se realiza en barco, para ser atendidas indistintamente en el Hospital General o en el Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mazatlán, Sinaloa, cuyas salidas se efectúan todos los jueves por la noche.
 51. Aunado a lo anterior, se constató que en el área de Tratamiento Especiales del Centro Federal Femenil de Readaptación Social Rehilete del Complejo Penitenciario "Islas Marías", no se brinda ningún tipo de atención médica durante el tiempo que las internas permanecen en ese sitio cumpliendo alguna sanción.
 52. En relación con el servicio médico del Centro Federal Femenil "Noroeste", la directora de dicho establecimiento penitenciario expuso que cada seis semanas las internas son revisadas por un ginecólogo, sin embargo, no cuentan con un quirófano o sala de expulsión, y cuando se requiere las reclusas son externadas para su atención al quirófano de su similar varonil. Adicionalmente, refirió que se contrata el servicio de un médico pediatra cuando es necesario, sin embargo la vigilancia médica de los menores que se alojan en el centro está a cargo de los médicos generales del CEFERESO varonil.

2. Alimentación

53. De acuerdo con los resultados del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2011 y de las visitas realizadas a los Centros de Reinserción Social de Mexicali, Baja California; Ciudad del Carmen y San Francisco Koben, Campeche; No. 14 "El Amate", Cintalapa y No. 5 San Cristóbal de la Casas, Chiapas; Piedras Negras, Coahuila; Chalco, Ecatepec y Nezahualcóyotl, Estado de México; Chilpancingo, Iguala y Acapulco, Guerrero, Mil Cumbres "Lic. David Franco Rodríguez, Morelia, Michoacán; a la Cárcel Distrital Cuautla, Morelos; a la Penitenciaría Central de Oaxaca de Juárez, al Reclusorio Regional Santo Domingo Tehuantepec y San Juan Bautista, Oaxaca; de Readaptación Social de Tehuacán, Puebla; San José El Alto, Querétaro; Cancún y Chetumal, Quintana Roo; de Ejecución de las Consecuencias Jurídicas del Delito Los Mochis, Sinaloa; de Readaptación Social Huimanguillo, Comalcalco y Villahermosa, Tabasco; a los similares número 2 Nuevo Laredo y Tamaulipas; Coatzacoalcos, Veracruz; Valladolid, Yucatán y, Fresnillo, Zacatecas; se pudo constatar que existen irregularidades en la elaboración y distribución de los alimentos; no se les proporcionan tres raciones de comida al día, ni se les proporcionan utensilios para su consumo; además no se proporciona alimentación a los hijos de las internas que viven con ellas.
54. Por otro lado, en los Centros de Reinserción Social Femenil Aguascalientes y en sus similares de Saltillo, de San José El Alto, Querétaro, Nogales, Sonora y Cieneguillas, Zacatecas, así como en el Centro Estatal para la Reinserción Social para Sentenciados No. 4 "Femenil", Tapachula, Chiapas no se proporciona alimentación a los menores hijos de las internas o bien ésta no es la apropiada para su desarrollo.
55. En el caso del Complejo Penitenciario "Islas Marías", las internas demandaron que los alimentos proporcionados por la concesionaria de dicho servicio, son insuficientes y de mala calidad, lo cual se pudo constatar durante la visita realizada a dicho establecimiento.

3. Suministro de agua

56. En el Centro de Reinserción Social Femenil Aguascalientes, el suministro de agua para el aseo personal de las internas está sujeto a un horario preestablecido de una hora por la mañana y hora y media por la tarde.
57. En el Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla, el agua es de mala calidad y el suministro de la misma es deficiente. En el Centro Preventivo de Reclusión Femenil Guadalajara, las internas recolectan el agua en tambos y botes debido a la carencia del líquido.

F. Legalidad y seguridad jurídica

1. Consejo Técnico Interdisciplinario

58. Se detectó que algunos establecimientos no cuentan con procedimientos para el funcionamiento del Consejo Técnico Interdisciplinario, tal es el caso de los Centros de Reinserción Social Varonil de Mexicali, de Tijuana "Lic. Jorge A. Duarte Castillo", en Baja California; de la Paz y Ciudad Constitución, en Baja California Sur; de Ciudad del Carmen y San Francisco Koben, Campeche; de Ciudad Juárez, Chihuahua, de Torreón, Coahuila; en el de Colima; del Centro Preventivo y de Readaptación Social Chalco, Estado de México; de los Regionales de Reinserción Social de Acapulco de Juárez, Chilpancingo de los Bravo e Iguala de la Independencia, Guerrero; de los centros ubicados en Tulancingo y Tula, Pachuca, en Hidalgo; del Mil Cumbres "Lic. David Franco Rodríguez" y "Lic. Eduardo Ruiz", Uruapan, en Michoacán; de la Cárcel Distrital Cuautla y Jojutla, en el estado de Morelos; del Centro de Rehabilitación Social Venustiano Carranza, Santiago Ixcuintla, en Nayarit; del Reclusorio Regional Santo Domingo Tehuantepec, Oaxaca; de Puebla y del Varonil San José El Alto, Querétaro; de Cancún, Che-

tumal, en Quintana Roo; de Huimanguillo, Comalcalco y el CRESET de Tabasco, de Reynosa, Tamaulipas; del Centro de Readaptación Social La Toma, en Amatlán, en el de Coatzacoalcos “Duport Ostion”, Zona Sur y en el equivalente Zona 1 Pacho Viejo en Xalapa, en el estado de Veracruz, así como de Mérida, Yucatán y Fresnillo, Zacatecas.

59. En la misma situación también se encuentran el Centro Estatal para la Reinserción Social para Sentenciados No. 4 “Femenil”, Tapachula, Chiapas, el Centro de Reinserción Social Femenil Atlacholoaya, Morelos, el Centro de Reinserción Femenil San José El Alto, Querétaro y el Centro de Reinserción Social Femenil Cieneguillas, Zacatecas.
60. En la Fiscalía Especializada en Ejecución de Penas y Medidas Judiciales “Unidad de Bajo Riesgo” del Estado de Chihuahua, así como en el Centro de Reinserción Social Femenil Atlacholoaya, Morelos, y en el Centro de Reinserción del Oriente en Valladolid, Yucatán no existe un Consejo Técnico Interdisciplinario.
61. En el Reclusorio Preventivo Tecoman, en Colima; y los similares de Pachuca, Tula, Hidalgo; la Cárcel Distrital de Jojutla, Morelos; así como en el Centro Femenil de Reinserción Social de Jalisco, no está integrado correctamente el referido Consejo Técnico.
62. En el Centro Estatal de Reclusión de Río Verde, San Luis Potosí, en el Centro de Readaptación Social Hermosillo I, Sonora, en los Centros de Reinserción Social Coatzacoalcos “Duport Ostion” y Pacho Viejo en Xalapa, Veracruz, así como en los ubicados en Mérida y Tekax, Yucatán, la descripción de las funciones de éste órgano colegiado no están expuestas con claridad.

2. Sanciones disciplinarias

63. Se constató que en los siguientes establecimientos penitenciarios no se garantiza el respeto al debido proceso en la imposición de sanciones o correctivos disciplinarios, por ejemplo, en el Centro de Reinserción Social Femenil de Saltillo, las sanciones no se notifican por escrito y contemplan la suspensión de visita familiar e íntima como medida disciplinaria. En el caso de los Centros Femeniles de Readaptación Social Santa Martha Acatitla y Tepepan, en el Distrito Federal, y en sus similares de Jalisco, San José El Alto, Querétaro, Nogales, Sonora y Cieneguillas, Zacatecas, las internas no tienen derecho de audiencia; las resoluciones de las sanciones no se encuentran fundadas ni motivadas y éstas no se notifican por escrito y suspenden la visita familiar e íntima como medida correctiva. En el Centro de Reinserción Social Femenil de Atlacholoaya, Morelos, los correctivos disciplinarios no son determinadas por el director, ni el Consejo Técnico Interdisciplinario, y no están previstas en el reglamento del establecimiento.
64. En el caso del Complejo Penitenciario Islas Marías, las internas entrevistadas mencionaron que las sanciones que se imponen como medida disciplinaria son excesivas y debido a que son acumulativas, y éstas consisten en restricciones al límite de su estancia hasta el aislamiento temporal, restringiendo la llamada telefónica con sus familiares a la que tienen derecho.
65. Las internas del Centro Federal Femenil “Noroeste” señalaron que las sanciones que les aplican son excesivas, las cuales llegan a ser de hasta ciento ochenta días sin salir de su celda, además de retirarles los productos que compran en la tienda, así como los estímulos que disfruten en ese momento.

3. Personal en áreas técnicas y jurídicas

66. Se observó que en la mayoría de los centros de reinserción social visitados en las entidades federativas, no se realizan acciones tendientes a que las internas reciban alguno de los beneficios de libertad anticipada, debido a que no cuentan con personal suficiente para llevar a cabo la elaboración de estudios de personalidad y en otros casos, los expedientes técnico-jurídicos se integran deficientemente.

- 67. Se detectó que existe una gran cantidad de centros de reclusión que presentan deficiencias relacionadas con la falta o la insuficiencia de personal técnico necesario para la aplicación del tratamiento individualizado que requiere cada una de las internas para su reinserción.
- 68. En ese contexto, pudo observarse que en el Complejo Penitenciarios “Islas Mariás”, al momento de la visita, existía un defensor público federal, un juez de distrito y un agente de Ministerio Público Federal, que únicamente atendía asuntos del fuero federal, y a decir de la población y el defensor, no les proporcionaban orientación o asesorías jurídicas a quienes se encuentran sentenciados por delitos del fuero común. Actualmente, dichas autoridades se encuentran reasignadas en el Continente.

4. *Traslados penitenciarios*

- 69. La mayoría de los centros penitenciarios visitados no cuentan con normatividad al interior de los establecimientos, relacionados con el traslado de reos. Aunado a ello, las internas que se encuentran a disposición de la autoridad federal, no son notificadas previamente de la ejecución de dichos traslados a otro establecimiento penitenciario.
- 70. Por otro lado, diversas internas afirmaron haber solicitado el traslado al Complejo Penitenciario “Islas Mariás” por dos razones principales: 1) Buscar la reunificación con la pareja, quien había sido trasladada previamente, ó 2) Porque las autoridades penitenciarias les habían presentado un video que promocionaba el traslado a las “Islas”, en el cual se presentaba al Complejo como un sitio en el que podían gozar de cierta libertad de movimiento, oportunidades de trabajo, convivencia con la familia y obtener la remisión parcial de la pena, circunstancia que no corresponde a la realidad que viven en dicho Complejo Penitenciario.
- 71. Por su parte, otras internas del Complejo relataron haber sido trasladadas sin que les fuera notificado previamente, sino que fueron sacadas de sus celdas a altas horas de la noche, llevadas por personal de seguridad y custodia a las oficinas del área administrativa y obligadas a firmar con su nombre y huella digital el documento en el que se decía que aceptaban el traslado de manera voluntaria.

G. Reinserción social

1. *Actividades laborales, educativas y deportivas*

- 72. Se constató que los establecimientos penitenciarios, donde se alberga población mixta en distintas entidades federativas no hay suficientes actividades laborales y de capacitación para la población en general, el material didáctico es escaso, las actividades deportivas no son programadas, ni realizadas de manera regular, a saber: Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz, y Yucatán.
- 73. Se advirtió que los siguientes establecimientos, los cuales son exclusivos de mujeres, presentan deficiencias para llevar a cabo actividades educativas, puesto que no cuentan con material didáctico suficiente, las actividades deportivas no se programan correctamente y el registro de las internas que participan en ellas no es el adecuado; Reinserción Social para Sentenciados No. 4, “Femenil”, Tapachula, Chiapas; Reinserción Social Femenil Saltillo, Coahuila; Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla, de Readaptación Social Tepepan, Distrito Federal; Reinserción Social Femenil Jalisco; Reinserción Social Femenil Atlacholaya, Morelos; Reinserción Social Femenil San José El Alto, Querétaro; Reinserción Social Femenil Cieneguillas, Zacatecas.
- 74. Respecto de las actividades laborales realizada por internas del Centro Federal Femenil “No-roeste”, la directora del establecimiento señaló que las reclusas elaboraban llaveros por los

que se les pagaba un peso con cincuenta centavos la pieza, y esa retribución se realizaba a través de depósitos a sus cuentas para “tienda”, vía trabajo social; sin embargo, actualmente no llevan a cabo ninguna actividad remunerada.

75. En el Complejo Penitenciario Islas Marías, las actividades son conocidas como “melga”, término con el cual las internas se refieren a las actividades laborales en general, entre las cuales citaron la costura de la ropa del personal de seguridad y custodia, la limpieza de las áreas comunes en los campamentos, y la cocina, así como la preparación de la comida para toda ellas y para el personal administrativo y de custodia del Complejo.
76. En cuanto a las actividades educativas, en la mayor parte de los centros se observó que la falta de organización y las carencias de recursos materiales y humanos impide que las autoridades atiendan las necesidades educativas de las internas, por lo que simplemente no existen o son muy deficientes. Por su parte, las autoridades de los centros refirieron que las reclusas tienen poco interés por acudir a las actividades educativas, las que, tampoco, son fomentadas.

2. Vinculación social de las internas

77. Varias internas del Complejo Penitenciario “Islas Marías”, al momento de la realización de las visitas por parte del personal de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, precisaron que en el caso de las reclusas cuyo marido o pareja es otro interno en el mismo Complejo, no se les permitía la convivencia, ni tener comunicación entre sí, pues si lo hacen son sancionadas, lo que corroboraron internas que dijeron tener ese estado civil.
78. Sobre el particular, la autoridad penitenciaria informó que en uno de los casos se permitió la visita familiar e íntima por un lapso de una semana, y que la autorización depende del número de solicitudes recibidas y de los espacios disponibles para la visita.
79. En lo que respecta a la visita íntima en el referido Complejo Penitenciario, las internas que solicitaron o aceptaron el traslado para reunirse con la pareja no han obtenido la autorización, salvo algunos casos.
80. En el Centro Federal Femenil Rehilete del Complejo Penitenciario “Islas Marías” se observó al momento de la visita que no contaban con servicio telefónico, por lo que el personal de seguridad y custodia traslada a las internas al campamento administrativo denominado “Balleto” para que realicen sus llamadas telefónicas, las cuales son cada 15 días, por espacio de 10 minutos.

H. Protección y necesidades de las niñas y niños

1. Mujeres reclusas que viven con sus hijos en prisión

81. En el Centro Estatal para la Reinserción Social para Sentenciados No. 4 “Femenil”, Tapachula, no existe una partida específica para la alimentación de los menores que viven en prisión con sus madres, los recursos son obtenidos a través de donativos.
82. En cuanto a las internas que tienen hijos conviviendo con ellas al interior de los centros penitenciarios, se tuvo conocimiento que en el Centro de Readaptación Social Femenil de Nogales y en el Centro Regional de Reinserción Social Femenil Cieneguillas, Zacatecas, los menores no siempre reciben atención médica y tampoco cuentan con medicamentos para tratar sus padecimientos.
83. Por otra parte, previo requerimiento de información, personal adscrito a la Coordinación General de Centros Federales, comunicó que en el Complejo Penitenciario “Islas Marías”, no existe un área para que residan las internas con sus hijos lactantes o menores de edad, ni tampoco las condiciones para proporcionarles dieta, pañales, cuidados especiales y alimentos, ni para mantener en condiciones óptimas a un recién nacido; además de que en el Hospital

Rural número 20 no hay especialidad de pediatría, cuneros, ni equipo necesario para alguna urgencia pediátrica. Asimismo, que en ningún ordenamiento del Complejo hasta esa fecha, existía la obligación de contar con áreas especiales para albergar a hijos de internas.

- 84.** No debe pasar desapercibido que en el Centro Federal Femenil “Noroeste”, en Tepic, Nayarit, el área donde se les mantiene con sus bebés es un área reducida, aunque con muy buenas condiciones de higiene.

V. OBSERVACIONES

- 85.** Cuando se analiza el sistema penitenciario relacionado con la reclusión de las mujeres, puede observarse la añeja y de ninguna manera justificable situación de discriminación en razón de género que permea en dichos establecimientos, desde la regulación normativa interna, la estructura de las cárceles, la clasificación de la población penitenciaria, así como el funcionamiento y operación de los centros de reclusión, que se manifiesta en una notoria falta de presupuesto y atención específica relacionada con el internamiento de las mujeres, que presenta un notorio desequilibrio con el de los varones. Más aún en el caso de las mujeres indígenas, quienes dentro de este contexto representan una minoría adicional, y que a menudo padecen o sufren de una mayor discriminación por dicha circunstancia, cuya principal barrera es el idioma.
- 86.** En efecto, el no hablar español, y carecer de los servicios de intérpretes o traductores origina un aislamiento mayor, por lo que resulta inaplazable atender dicha problemática tomando en cuenta no sólo una perspectiva de género, sino de una perspectiva indigenista, para salvaguardar su idioma, cultura y tradición.
- 87.** La ausencia de una perspectiva de género en todas las fases del sistema de justicia, en particular la referida a la ejecución de la pena de prisión, como se ha mencionado conlleva a una especie de doble penalización de las mujeres y la ulterior violación de sus derechos humanos; lo anterior, en marcada contradicción con las obligaciones de garantizar la protección y el ejercicio efectivo de los derechos humanos de las mujeres.
- 88.** El derecho humano a la libertad personal se ejerce en concordancia con el legítimo interés de la sociedad, ya que su límite es el respeto de la legalidad, y en el caso de las personas en prisión, se coarta esa libertad de una manera razonable ya que representa la esencia de la sanción que se deriva de la transgresión de la norma penal, sin que ello represente la anulación de todos los derechos humanos de las reclusas en específico.
- 89.** Del análisis de la información que se recabó sobre el particular, así como del resultado de las entrevistas y las visitas de supervisión realizadas a diversos establecimientos penitenciarios con población mixta y de aquellos que albergan exclusivamente población femenil, se evidenciaron la existencia de diversas deficiencias e irregularidades que constituyen violaciones a derechos humanos de las internas y de sus menores hijos que viven con ellas, por lo que es pertinente hacer notar esas violaciones, con la finalidad de que se corrijan en los lugares donde se presentan.
- 90.** En el caso de las mujeres privadas de su libertad, se deben reconocer y respetar las condiciones psicofísicas propias del género, lo cual lleva aparejada la obligación de la autoridad penitenciaria de proteger y garantizar el ejercicio de los derechos humanos a la vida, dignidad, a la protección de la salud, alimentación, integridad personal, así como al desarrollo de la personalidad de los hijos que las acompañan durante su reclusión.
- 91.** En primer lugar, las deficientes condiciones materiales y de higiene que se observaron en algunos centros de reinserción de nuestro país, son irregularidades que violan el derecho humano a recibir un trato digno, ya que en la mayoría de establecimientos que albergan población femenil, las instalaciones se encuentran en malas condiciones, o éstas resultan insuficientes, y no reúnen los requerimientos de habitabilidad apropiados.

92. Como ejemplo de lo anterior, podemos citar al Centro Preventivo de Reclusión Femenil Guadalajara, el cual no cuenta con espacios suficientes para albergar a la población y esta situación ocasiona que las internas tengan que dormir en el piso, y en el caso del Centro de Reinserción Social Regional de Santiago Ixcuintla, tengan que ser alojadas en las áreas administrativas del establecimiento. Además de que los centros penitenciarios referidos en los párrafos 22, 25, 26 y 28 de este Informe, presentan serios problemas relacionados a las inadecuadas condiciones materiales y de higiene.
93. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos considera que todas las personas que se encuentran privadas de su libertad tienen el derecho de permanecer en condiciones de estancia digna y segura y, por lo tanto, con instalaciones de calidad, lo cual incluye no sólo los dormitorios, sino todos los espacios destinados al uso común de la población penitenciaria femenil, particularmente en los centros llamados mixtos y de manera específica en aquellos que se encuentran internas con sus hijos menores.
94. En ese sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso Cantoral Benavidez vs. Perú, sentencia de 18 de agosto de 2000, señaló que toda persona privada de la libertad tiene derecho a vivir en condiciones compatibles con su dignidad personal.
95. Dicho pronunciamiento es de observancia obligatoria para el Estado mexicano, de conformidad con el artículo 62 de la Convención Americana de Derechos Humanos, en sus numerales 1 y 2, y del reconocimiento de su competencia contenciosa, de acuerdo con el Decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 24 de febrero de 1999.
96. El Estado tiene la obligación de contar con instalaciones que reúnan las condiciones que garanticen una estancia digna y segura a los internos que se encuentren bajo su custodia, así como de realizar las acciones necesarias para mantenerlas en buenas condiciones, en cuanto a su infraestructura, y servicios, para que realmente puedan cumplir con el objetivo de reinserción social. Por ello, es necesario que las autoridades se ciñan en la medida de lo posible, a las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, las cuales señalan, en síntesis, en los numerales 9, 10, 12, 13, 14 y 19, las características que deben reunir los locales destinados al alojamiento de los reclusos, debiendo satisfacer, entre otras exigencias, la de contar con una superficie mínima que les permita solventar sus necesidades básicas.
97. Por otro lado, la falta de espacios y la deficiencia en la distribución de la población femenil en los diversos establecimientos carcelarios donde se encuentran, generan una serie de carencias y limitaciones que afectan a las internas pues les impide satisfacer sus necesidades primarias y, por tanto, vulneran su dignidad, toda vez que las deficiencias en las condiciones de las instalaciones, así como el hacinamiento al que muchas de ellas se encuentran sometidas, constituyen actos de molestia sin motivo legal, que contravienen lo previsto en el último párrafo del artículo 19 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y se traducen en la violación al derecho humano a recibir un trato digno.
98. En el caso Yvon Neptune vs Haití, sentencia de 6 de mayo de 2008, la Corte Interamericana de Derechos Humanos citó que el Comité contra la Tortura ha expresado, que las precarias condiciones materiales y de higiene en los establecimientos carcelarios, agravan la privación de libertad de los condenados y procesados, y la transforman en una pena cruel, inhumana y degradante.
99. La privación de la libertad genera un ambiente que coloca a las reclusas en una situación vulnerable para el respeto de la dignidad, por lo que es indispensable que se respeten tanto sus necesidades vitales, como sus diferencias. Es por ello que este Organismo Nacional ha insistido en que uno de los presupuestos para salvaguardar este derecho radica en que las condiciones de reclusión no se traduzcan en mayores limitaciones que las estrictamente inherentes al cumplimiento de la sanción penal, y, en todo caso, sean adecuadas para satisfacer sus necesidades básicas.
100. En este sentido, se considera pertinente que los gobiernos Federal, de las entidades fedrativas y del Distrito Federal, realicen las acciones necesarias para que las internas cuenten con

instalaciones en buen estado que reúnan las condiciones adecuadas para brindarles una estancia digna y segura, así como una correcta aplicación del tratamiento que requieren para su reincorporación social. Para ello, es importante, que atendiendo a las necesidades propias de la mujer, se construyan y adapten los establecimientos penitenciarios de tal manera, que se garantice el cumplimiento de la sanción en condiciones de respeto y protección de los derechos humanos de las reclusas.

- 101.** Al respecto, el numeral 1 de las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas no privativas de la libertad para las Mujeres Delincuentes, mejor conocidas como “Reglas de Bangkok”, menciona que en la aplicación del párrafo sexto de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, se deben tener en cuenta las necesidades especiales de las reclusas.
- 102.** En otro aspecto, se observó que el sistema de registro del expediente técnico jurídico de las internas, el cual constituye una medida preventiva que favorece la salvaguarda de los derechos relacionados con el trato y a los procedimientos que en su caso se sigue a las personas privadas de la libertad, no se cumple de manera correcta en los centros penitenciarios.
- 103.** Sobre este particular, el numeral 7.1 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, señala que en todo sitio donde haya personas detenidas se deberá llevar al día, un registro empastado y foliado que indique para cada detenido su identidad, los motivos de su detención y la autoridad competente que lo dispuso; el día y la hora de su ingreso y de su salida.
- 104.** De igual forma, el numeral IX, punto 2, de los Principios y Buenas Prácticas Sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, recomienda que los datos de las personas ingresadas a los lugares de detención sean consignados en un registro oficial accesible a la persona privada de libertad, a su representante y a las autoridades competentes; y debe contener, entre otros datos, los relativos a la identidad, integridad y estado de salud de la persona privada de libertad, motivos del ingreso, autoridades que ordenan la privación, así como las que efectúan el traslado al establecimiento y las que controlan legalmente la privación de libertad, día y hora de ingreso y de egreso.
- 105.** Al respecto, el numeral 2 de las Reglas de Bangkok, señala que se deberá prestar atención adecuada a los procedimientos de ingreso, recibir asesoramiento jurídico, así como ser informadas del reglamento, el régimen y las instancias en caso de necesitar ayuda.
- 106.** Asimismo, las revisiones que se realizan a las internas en los Centros Federales de Readaptación Social, son una fuente constante de prácticas que vulneran la dignidad y los derechos humanos de las internas, específicamente al derecho a un trato digno por parte de los servidores públicos que las llevan a cabo.
- 107.** No se puede pasar por alto que, si bien es cierto que las revisiones a quienes son trasladados de un centro del fuero común a los centros federales tienen por objeto evitar la introducción de objetos o sustancias que pongan en riesgo la seguridad y la salud de los internos, autoridades y visitantes, tales revisiones deben llevarse a cabo con el más absoluto respeto a la dignidad de las personas y a sus pertenencias.
- 108.** Por lo anterior, se entiende que la seguridad es una responsabilidad incuestionable de los encargados de las instituciones carcelarias, pero de ello no se deriva que el respeto a la dignidad de las personas que los visitan sea incompatible con la obligación de las autoridades de resguardar el centro. Una revisión efectuada mediante instrumentos y aparatos tecnológicos para la detección de metales y sustancias, como la que se realiza en algunos penales, es sin duda suficiente y razonablemente compatible con las normas reglamentarias y la seguridad institucional, y debiera existir en todos los establecimientos del país.
- 109.** Esta Comisión Nacional considera que con dichas prácticas los servidores públicos a quienes se les ha conferido la administración, custodia y vigilancia de los centros de reclusión federales y estatales, vulneran la dignidad de los visitantes y defensores, al realizar revisiones corporales en las que, además, se tiene contacto con las partes íntimas de las personas y, en su caso, son obligados a desnudarse o asumir posiciones degradantes; con ello se transgrede la

garantía prevista en el párrafo primero del artículo 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que protege a los ciudadanos contra actos de molestia injustificada por parte de la autoridad, y sólo los admite cuando estén debidamente fundados y motivados. Ello significa, no sólo que deben estar amparados en la ley, sino, además, justificados, en concordancia entre el hecho y la norma que fundamenta la acción de la autoridad. Además, se debe tener presente que el artículo 19, párrafo cuarto, de la Carta Magna, prohíbe toda molestia que en las prisiones se infiera sin motivo legal.

- 110.** Asimismo, se debe hacer notar que tales conductas son contrarias a lo preceptuado en los tratados internacionales, los cuales se consideran como norma válida en nuestro país; uno de ellos es el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, al que se adhirió México el 23 de marzo de 1981 y fue publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 20 de mayo del mismo año, el cual establece, en su artículo 7º, que nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- 111.** La Convención Americana sobre Derechos Humanos, adoptada por nuestro país el 24 de marzo de 1981 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de febrero del mismo año, documento que señala, en su artículo 5º, que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral, y se pronuncia en contra de los tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- 112.** Por último, la Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, ratificada el 23 de enero de 1986, que en su artículo 16 prohíbe también cualquier acto que constituya un trato o pena cruel, inhumano o degradante.
- 113.** Aunado a lo anterior, dichas revisiones son contrarias a los diversos instrumentos internacionales adoptados por la Organización de las Naciones Unidas, que son documentos enunciativos de principios éticos fundamentales reconocidos universalmente, que si bien no imponen obligaciones jurídicas, sí son un imperativo moral para los Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas, como lo es nuestro país.
- 114.** En este tenor, primeramente se puede decir que los servidores públicos de los centros de reclusión que realizan las conductas aquí reseñadas, no observan las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, adoptadas por la ONU el 30 de agosto de 1955, las cuales en su numeral 27 señalan que el orden y la disciplina se mantendrán con firmeza, pero sin imponer más restricciones que las necesarias para resguardar la seguridad y buena organización de la vida en común. De igual forma, no se cumple lo establecido en el artículo 2 del Código de Conducta para Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley, adoptado por la ONU el 17 de diciembre de 1979, cuyo texto establece que los funcionarios respetarán y protegerán la dignidad humana.
- 115.** Cabe destacar que, de manera general, en las legislaciones federal y estatal, relacionada con la ejecución de las penas, se exige un trato digno a todas aquellas personas que por cualquier motivo tengan que ingresar a los centros penitenciarios o preventivos.
- 116.** En los centros de reclusión mixta, el sólo hecho de que la población femenil no pueda tener acceso a otras áreas o que las tengan que compartir con los varones, las coloca en un plano de desigualdad, ya que las restricciones a las que están sujetas, como consecuencia de las condiciones estructurales de estos centros pone de manifiesto que las internas no cuentan con todas las instalaciones necesarias y adecuadas para que no tengan restricciones diversas a la deambulacón, lo cual vulnera el derecho previsto en el artículo 1, párrafo quinto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establece que queda prohibida toda discriminación que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de la personas.
- 117.** En ese sentido, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), define la discriminación contra la mujer como “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igual-

dad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera". En el ámbito interamericano, la Convención Belém do Pará señala que la violencia contra la mujer es "una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres" y reconoce que el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye el derecho a ser libre de toda forma de discriminación.

- 118.** Los artículos 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el 2.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1 y 2 de la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer y 1 de la Convención Interamericana sobre Concesión de los Derechos Civiles a la Mujer, refieren que todas las personas son iguales y tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.
- 119.** El principio de seguridad personal de las personas en reclusión exige un sistema adecuado de clasificación de los reclusos, de conformidad con los Principios 63.1 y el 68 de la Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos. Se dispondrá, en cuanto fuere posible, de establecimientos separados o de secciones separadas dentro de las prisiones para los distintos grupos de personas, atendiendo a su perfil clínico criminológico.
- 120.** De igual forma es dable señalar que la clasificación criminológica es un instrumento estratégico para determinar el tratamiento que se debe procurar a cada reclusa con miras a inculcarle la voluntad de vivir conforme a la ley y con ello lograr su reinserción social.
- 121.** La Corte Interamericana en el Caso Yvon Neptune Vs. Haití, sentencia de 6 de mayo de 2008, consideró que el artículo 5.4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, impone a los Estados la obligación de establecer un sistema de clasificación de los reclusos en los centros penitenciarios, no solo en diferentes celdas, sino también que estas estén ubicadas en diferentes secciones dentro del penal, o en diferentes establecimientos si resultara posible.
- 122.** El Numeral 40 de las Reglas de Bangkok señala que en las prisiones se aplicarán métodos de clasificación centrados en las necesidades propias del género y la situación de las reclusas, a fin de asegurar la ejecución de programas orientados a su pronta reinserción social.
- 123.** Incluso, la Regla 41 c), de tal ordenamiento, establece que se debe velar para que en el régimen de cumplimiento de la condena de las internas, se incluyan programas y servicios de rehabilitación que satisfagan las necesidades propias de su género.
- 124.** Por otra parte, resulta inaceptable que existan centros de reclusión en los que además de la falta de separación entre procesados y sentenciados se permita que los internos y las internas convivan en las áreas comunes como comedores y patios.
- 125.** Al respecto, el artículo 8, de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, señala que los internos pertenecientes a categorías diversas deberán ser alojados en diferentes establecimientos o en otras secciones, según su sexo y edad, antecedentes, motivos de su detención, y el trato que corresponda aplicarles; por lo que hombres y las mujeres deberán estar reclusos, en locales completamente separados; y las detenidas en prisión preventiva deberán ser separadas de las que están cumpliendo una condena.
- 126.** Para conseguir dicho objetivo, es necesario también que exista una adecuada clasificación y una completa separación entre procesados y sentenciados, así como entre géneros, tal como está previsto en la Ley que Establece las Normas Mínimas Sobre Readaptación Social de Sentenciados, y las correspondientes leyes sobre la materia vigentes en las entidades federativas, de conformidad con lo establecido en el primer párrafo del citado artículo 18 de la Constitución Federal, el cual ordena que los sitios destinados a la prisión preventiva estarán completamente separados de los que se destinaren a la extinción de las penas, lo cual no se cumple.
- 127.** A mayor abundamiento, los artículos 10, numerales 1 y 2, del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, así como 5, numerales 4 y 6, de la Convención Americana sobre los

Derechos Humanos, disponen que las personas procesadas y sentenciadas deberán de estar separadas.

128. En otro aspecto, es pertinente señalar que para el buen funcionamiento de un centro de reclusión entre otros se requiere de personal de seguridad y custodia para mantener el orden y la disciplina, siendo su función principal la de garantizar la seguridad al interior del centro; mismo que deberá ser preferentemente femenino.
129. Esta Comisión Nacional considera que el adecuado funcionamiento de los centros de internamiento se logra con la conducción disciplinada por parte de una autoridad que tenga la preparación, capacidad, uso y dominio de habilidades propias de su actividad o función, que goce de prestigio y que mantenga el orden mediante el respeto a los derechos humanos de las internas.
130. Cabe señalar que el personal de seguridad y custodia asignado a los centros penitenciarios debe ser suficiente en número, para garantizar un entorno seguro a la población, considerando que éstos también son los encargados de realizar traslados de internos a diligencias judiciales y a hospitales cuando deban recibir atención médica, y su ausencia genera un riesgo al interior del establecimiento.
131. Al respecto, en el Examen Periódico Universal sobre Venezuela del Consejo de Derechos Humanos de la ONU, que se presentó conjuntamente con el Observatorio Venezolano de Prisiones, en el inciso a), punto 5, sobre la adaptación de las prisiones a los estándares internacionales, se establece que debe haber 1 custodio por cada 10 reclusos, exigencia necesaria para el buen funcionamiento de las prisiones.
132. En ese sentido, en el caso del Penal Castro Castro vs. Perú, sentencia de 25 de noviembre de 2006, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, señaló que las detenidas deben ser supervisadas y revisadas por oficiales femeninas.
133. Asimismo, el numeral 53 de la Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, establece que la vigilancia de las mujeres deberá ser ejercida exclusivamente por vigilantes del sexo femenino, y en el caso de los establecimientos mixtos, la sección de mujeres estará bajo la dirección de una funcionaria mujer, lo cual garantizaría la integridad física y moral de las internas, de acuerdo con las normas universalmente aceptadas.
134. Ahora bien, en relación con el derecho a la protección de la salud, se observó que en la gran mayoría los centros de reclusión existen profundas carencias en los servicios médicos las cuales tiene que ver principalmente con la insuficiencia de personal médico, la falta de instalaciones específicas para la atención de las mujeres, así como la carencia o insuficiencia de medicamentos, lo cual vulnera el derecho de todas las personas a la protección de la salud.
135. Al respecto, esta Comisión Nacional ha emitido diversos pronunciamientos a consecuencia de esta problemática, en ese sentido en la Recomendación General número 18, sobre la situación de los derechos humanos de los internos en los centros penitenciarios de la República Mexicana, emitida en septiembre de 2010, ha insistido en que la obligación de proporcionar a cada recluso la asistencia médica que requiere, es uno de los deberes que el Estado asume cuando priva de la libertad a una persona, debido a que por la situación de encierro no le es posible satisfacer por sí mismo sus necesidades, las cuales frecuentemente se tornan más apremiantes debido al efecto del internamiento sobre el bienestar físico y mental.
136. A la mujer corresponde cierto trato diferenciado dentro de los centros de reclusión, razón por la cual la autoridad penitenciaria es la principal responsable de la protección de este derecho, ante la imposibilidad de las reclusas de acceder por sus propios medios a los servicios de salud, por lo que se le debe proporcionar atención médica y el suministro de medicamentos de manera oportuna.
137. Además, con su conducta las autoridades que administran la institución penitenciaria dejan de observar el contenido del párrafo cuarto del artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y del artículo 2, fracciones I y II, de la Ley General de Salud, que dispone que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad el bienestar físico y

mental para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, así como la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.

- 138.** Los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas en su Principio X señala que las personas privadas de libertad tendrán derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, que incluye, entre otros, la atención médica, psiquiátrica y odontológica adecuada; la disponibilidad permanente de personal médico idóneo e imparcial; el acceso a tratamiento y medicamentos apropiados y gratuitos; la implementación de programas de educación y promoción en salud, inmunización, prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, endémicas y de otra índole; y las medidas especiales para satisfacer las necesidades particulares de salud de las personas privadas de libertad pertenecientes a grupos vulnerables entre ellos las mujeres.
- 139.** También se menciona que las mujeres tendrán derecho de acceso a una atención médica especializada, que corresponda a sus características físicas y biológicas, y que responda adecuadamente a sus necesidades en materia de salud reproductiva, con atención médica ginecológica y pediátrica, antes, durante y después del parto, el cual no deberá realizarse dentro de los lugares de privación de libertad, sino en hospitales o establecimientos destinados para ello.
- 140.** Llama la atención de esta Comisión Nacional que en el Centro Federal Femenil Noroeste, no cuenten con un área destinada para el tratamiento y atención médica de las mujeres y tengan que ser atendidas por médicos externos, y en el caso de las mujeres embarazadas tengan que ser trasladadas al Cefereso varonil para su atención médica e incluso alumbramiento.
- 141.** Por otro lado, un grave problema para este Organismo Nacional es el hecho de que no se garantiza a las internas del Complejo Penitenciario "Islas Marías", una adecuada atención médica, aunado a que no existe un área de hospitalización que dependa de la administración del centro, tampoco se cuenta con personal suficiente para llevar a cabo la misma, aunado a que no hay abasto de medicamentos y no se integran debidamente los expedientes clínicos.
- 142.** En tal sentido, las fallas en la integración de los expedientes clínicos en los centros de reclusión dificultan una adecuada observancia médica, debido a que el médico tratante no cuenta con los elementos suficientes para proporcionar una atención oportuna.
- 143.** En ese sentido, el artículo 5.1, de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 30 de septiembre de 1999, establece que los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar estos expedientes.
- 144.** Así, también preocupa la situación de las mujeres en estado de gravidez y la salud de sus menores hijos, debido a que las carencias de los diversos establecimientos de reclusión, no garantizan que se lleve a cabo de manera efectiva la vigilancia y tratamiento de su estado y en su caso, que la de los menores sea efectiva.
- 145.** A mayor abundamiento, al no tomarse en cuenta las necesidades inherentes a su naturaleza y no implementar medidas especiales para satisfacer sus necesidades particulares de salud, no se da cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 100 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el cual refiere que los establecimientos para mujeres deben contar con las instalaciones necesarias para la atención del embarazo, parto, puerperio y de recién nacidos, así como para las revisiones de rutina como son la detección temprana de cáncer cérvico-uterino y de mama, que requieren de acuerdo con la edad y condiciones, y en general de pruebas especializadas como la del papanicolau y la mastografía.
- 146.** De la misma manera, se contravienen los artículos 12.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1 y 10.2, puntos a y b, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en los cuales los Estados parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental, y se comprometen a adoptar las medidas necesarias para asegurar su plena efectividad.

147. Asimismo, se deja de observar el artículo 24 del Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión, al igual que los numerales 22.1 y 24 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos aprobadas por la ONU, que establecen la importancia de la existencia de servicio médico dentro de los centros de reclusión, así como de que el personal médico sea suficiente para brindar al paciente el tratamiento adecuado. Asimismo, el numeral 23.1 de las citadas Reglas señala que en los establecimientos para mujeres deben existir instalaciones especiales para el tratamiento de internas embarazadas, de las que acaban de dar a luz y de las convalecientes.
148. El numeral 10 de las Reglas de Bangkok, señala que se brindará a las reclusas servicios de atención de salud orientados expresamente a la mujer y como mínimo los equivalentes a los que se prestan en la comunidad.
149. La Regla 17 establece que las internas recibirán educación e información sobre las medidas de atención preventiva de salud, enfermedades de transmisión sexual, así como los problemas de salud propios de la mujer.
150. La Regla 18 dispone que las reclusas tendrán acceso a la intervención de atención preventiva de la salud, pertinentes a su género, como pruebas de papanicolau y exámenes para la detección de cualquier tipo de cáncer que afecten a la mujer.
151. De la misma forma, en los establecimientos para mujeres deben existir instalaciones especiales para el tratamiento de las reclusas embarazadas, de las que acaban de dar a luz y de las convalecientes. Cuando se permita a las madres reclusas conservar a su niño, deberán tomarse disposiciones para organizar una guardería o estancia de bienestar infantil, con personal calificado, donde estarán los menores cuando no se hallen atendidos por sus madres.
152. La Regla 48 señala que las reclusas embarazadas o lactantes recibirán asesoramiento sobre su salud y dieta, y se les suministrará gratuitamente, al igual que a los bebés, alimentación suficiente.
153. Otra irregularidad detectada es la relacionada con las deficiencias en la alimentación que reciben las personas internas en los centros de reclusión, la cual es provocada porque no se observan las normas de higiene necesarias durante su elaboración y distribución; no se cuenta con instalaciones y utensilios en buen estado para la producción y manejo de la comida, lo que genera que en ocasiones, tales carencias, afecten la salud de las internas.
154. Consecuentemente, las deficiencias que se presentan ponen en riesgo la salud de las personas privadas de la libertad, por lo que violan el derecho humano a la protección de la salud consagrado en el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en relación con el artículo 18, párrafo segundo, del mismo ordenamiento, que considera a la salud como uno de los medios para lograr la reinserción social del sentenciado.
155. Igualmente, preocupa el hecho de que en algunos centros de reclusión el abasto de agua esté limitado y no satisfaga las necesidades básicas de consumo y personales de las internas.
156. El derecho humano al acceso al agua es el derecho de todos a disponer del vital líquido, en cantidad suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para el uso personal y doméstico. Un abastecimiento adecuado es necesario para evitar la muerte por deshidratación, para reducir el riesgo de las enfermedades relacionadas con el agua, para satisfacer las necesidades de consumo y cocina, así como de higiene personal y doméstica. En ese sentido, el párrafo sexto del artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dispone que toda persona tiene derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico en forma suficiente, salubre, aceptable y asequible.
157. El agua es necesaria para diversas finalidades, aparte de los usos personales y domésticos, para el ejercicio de muchos de los derechos reconocidos, por ejemplo, ésta es necesaria para producir alimentos (derecho a una alimentación adecuada) y para asegurar la higiene ambiental (derecho a la salud).
158. En ese sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el Caso Vélez Loor Vs. Panamá, Sentencia de 23 de noviembre de 2010, observó que la falta de suministro de agua

para el consumo humano es un aspecto particularmente importante de las condiciones de detención. En esa misma sentencia, señaló que la ausencia de las condiciones mínimas que garanticen el suministro de agua potable dentro de un centro penitenciario, constituye una falta grave del Estado a sus deberes de garantía hacia las personas que se encuentran bajo su custodia, toda vez que las circunstancias propias del encierro impiden que los reclusos satisfagan por cuenta propia, una serie de necesidades básicas que son esenciales para el desarrollo de una vida digna, tales como el acceso a agua suficiente y salubre.

- 159.** Así, el Comité de Derechos Humanos, Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, en su Observación No. 15, adoptada en el 29º período de sesiones en 2002, ha señalado que aunque el derecho al agua potable es aplicable a todos, se deben prestar especial atención a las personas y los grupos de personas que tradicionalmente han tenido dificultades para ejercer este derecho, en particular las mujeres, los niños, los presos y los detenidos. Asimismo, establecen que los Estados Partes deben adoptar medidas para velar por que las personas privadas de su libertad tengan agua suficiente y salubre para atender a sus necesidades individuales cotidianas.
- 160.** Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, señalan en el numeral 15 que deberán disponer de agua y de los artículos de aseo indispensables para su salud y limpieza. Al respecto, la Regla 5 de las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas no Privativas de la Libertad para las Mujeres Delincuentes, señalan que los recintos destinados al alojamiento de las reclusas deberán contar con las instalaciones y artículos necesarios para satisfacer las necesidades de higiene propias de su género, incluidas toallas sanitarias gratuitas y el suministro permanente de agua para el cuidado personal de niños y mujeres, en particular las que cocinen, las embarazadas y las que se encuentren en período de lactancia o menstruación.
- 161.** En ese mismo tenor, los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, en su Principio número XI segundo párrafo establece que toda persona privada de libertad tendrá acceso en todo momento a agua potable suficiente y adecuada para su consumo. Su suspensión o limitación, como medida disciplinaria, deberá ser prohibida por la ley.
- 162.** En otro orden de ideas, por lo que respecta a la aplicación de correctivos por infracciones de la normatividad interna de los centros de reclusión, se observó que en algunos casos no se respeta el debido proceso, el derecho de audiencia, no hay procedimientos claros en los reglamentos, se aplican sanciones no contempladas en los mismos, entre otros, debido a la falta de Consejo Técnico Interdisciplinario, donde se contempla como sanción la suspensión de la visita familiar e íntima, circunstancia que es violatoria de los derechos humanos de legalidad y de seguridad jurídica, así como la reinserción social de las internas, mismos que se encuentran protegidos en los artículos 14, párrafo segundo; 16, párrafo primero, y 18 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ya que se trata del derecho fundamental a la familia y no puede ser coartado por la autoridad como si se tratase de un estímulo penitenciario, aunado al hecho de que tales determinaciones no forman parte de la sentencia impuesta.
- 163.** En este sentido la seguridad jurídica implica la existencia de un orden que regule la actuación de las autoridades y dé certeza a los gobernados de que se respetará ese orden, y la seguridad de que su situación jurídica no será modificada más que por procedimientos regulares establecidos previamente; es por ello que la aplicación de medidas disciplinarias que vulneren derechos humanos, como es el caso de la restricción de visitas familiares o íntimas, afecta la esfera jurídica de las reclusas, al no estar debidamente fundados y motivados, dada la inexistencia de una norma legal que prevea expresamente tales actos.
- 164.** Por lo anterior, en los establecimientos penitenciarios donde se presenta esta situación deben adecuar su normatividad, tomando en cuenta que el derecho humano de la reinserción social, está íntimamente ligado al derecho a la familia. Asimismo, se debe establecer un procedi-

miento claro respecto de la aplicación de medidas disciplinarias, en las que se respeten las reglas del debido proceso, las garantías de audiencia, defensa y la proporcionalidad de las sanciones, así como el procedimiento al que se deberán sujetar las autoridades para la aplicación de estas últimas.

- 165.** Los derechos a la legalidad y a la seguridad jurídica son reconocidos por los artículos 10.3 y 17.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, los cuales señalan que nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales, ni de ataques que atenten su honra y reputación, y que el régimen penitenciario consistirá en un tratamiento cuya finalidad esencial será la reforma y la readaptación social de los internos.
- 166.** Otro aspecto importante que tiene que ver con la buena administración penitenciaria y el efectivo tratamiento para la reinserción social de las reclusas, es la relacionada con la falta de personal técnico suficiente y debidamente capacitada, lo cual provoca deficiencias tanto en la aplicación, valoración y seguimiento del tratamiento que se aplica a las reclusas, incluso incide en la debida integración de los Consejos Técnicos Interdisciplinarios que son el órgano de consulta para los casos relacionados con el aspecto clínico criminológico y médico de las internas.
- 167.** El derecho humano a la reinserción social impone al Estado la obligación de revertir en las internas el anterior hecho antisocial que cometieron, a efecto de que no incurran en una nueva conducta ilícita, cuando se reincorpore a la sociedad a la que pertenece una vez que cumplan su condena; se trata de la llamada prevención especial, cuyo objetivo es lograr a través de la aplicación de un tratamiento, generar un cambio de conducta, a través de poner a su alcance elementos tales como el trabajo, la capacitación, la salud y el deporte, en el marco del respeto de sus derechos humanos, que se traduzcan en herramientas que les permita u ofrezcan la opción de no delinquir al término de su condena y así esté en condiciones de no reincidir en conductas socialmente reprobables.
- 168.** En consecuencia, al no lograrse la reinserción social de estas personas, se vulnera también en agravio de la sociedad mexicana, el derecho fundamental a la seguridad pública establecida en el párrafo noveno, del artículo 21 de nuestra Carta Magna.
- 169.** Al respecto, el artículo 5.6 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, señala que las penas privativas de la libertad tendrán como finalidad esencial la reforma y la readaptación social de los condenados.
- 170.** Para dar cumplimiento al mandato constitucional del derecho humano a la reinserción social, el sistema penitenciario debe contar con instalaciones adecuadas, programas especiales y suficiente personal calificado, particularmente en el aspecto técnico para garantizar la aplicación de un tratamiento individualizado a cada una de las internas.
- 171.** Por lo anterior, es importante que se cumpla con la obligación de que en cada establecimiento exista el personal técnico suficiente de acuerdo con la capacidad instalada en el mismo; en ese sentido, el numeral 49.1 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos señala que, en lo posible, se deberá añadir al personal un número suficiente de especialistas, tales como criminólogos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, maestros e instructores técnicos.
- 172.** En este contexto, cada centro de reclusión, debe contar con un Consejo Técnico Interdisciplinario, que coadyuve a orientar las políticas, acciones y estrategias para el tratamiento penitenciario y la consecuente reinserción social, ya que en términos generales, se encarga de emitir opiniones acerca de los asuntos jurídicos, técnicos, administrativos, de seguridad o de cualquier otro tipo que incidan en el buen funcionamiento de los reclusorios; evaluar los diagnósticos para determinar la clasificación y ubicación de los internos; proponer y supervisar la aplicación del tratamiento a los sentenciados; así como elaborar los dictámenes y propuestas relativas al otorgamiento de los beneficios de libertad anticipada.
- 173.** Se observó que en los establecimientos mencionados en los párrafos 60 y 61 no cuentan con un Consejo Técnico Interdisciplinario, en otros, éste no está completo y, en otros casos, ni

quiera cuentan con el personal calificado indispensable para realizar adecuadamente las valoraciones y los estudios que sirvan para detectar que las internas sentenciadas han asimilado de manera positiva su tratamiento.

- 174.** En ese contexto, otro elemento a considerar para completar el proceso de reinserción social de las sentenciadas es el que tiene que ver con que el cumplimiento de la sanción penal se realice en establecimientos penitenciarios cercanos a su domicilio para fortalecer su vínculo familiar. Al respecto, el penúltimo párrafo del artículo 18 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos dispone que los sentenciados, en los casos y condiciones que establezca la ley, podrán compurgar sus penas en los centros penitenciarios más cercanos a su domicilio, a fin de propiciar su reintegración a la comunidad como forma de reinserción social.
- 175.** En tal sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación en el Amparo 151/2011, consideró que lo establecido en el artículo 18 constitucional, es un derecho fundamental oponible al Estado, puesto que a quienes se les está otorgando es a los sentenciados, no a la autoridad, quienes de manera discrecional decide el lugar donde tendrán que compurgar sus sentencias, sin considerar el lugar más cercano a su domicilio, en todo caso, deberán tomar en cuenta la disponibilidad que existe en los centros federales bajo su jurisdicción para ejecutar los traslados y no remitirlos, como en el caso se hizo, al Complejo Penitenciario "Islas Marías", por ser un establecimiento que ocupacionalmente tiene más disponibilidad.
- 176.** Adicionalmente, los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas Principio IX, refieren acerca de los traslados que las personas privadas de libertad deberán ser autorizados y supervisados por autoridades competentes, quienes respetarán, en toda circunstancia, la dignidad y los derechos fundamentales, y tomarán en cuenta la necesidad de las personas de estar privadas de la libertad en lugares próximos o cercanos a su familia, a su comunidad, al defensor o representante legal, y al tribunal de justicia u otro órgano del Estado que conozca su caso.
- 177.** Sobre el particular, este organismo nacional, considera relevante que la autoridad bajo la cual se encuentran a disposición las sentenciadas, sean del fuero común o del federal, tome en cuenta, antes de determinar el lugar en qué éstas deberán compurgar sus penas, lo previsto en la norma constitucional, a fin de salvaguardar el derecho de las reclusas y el resto de la población penitenciaria a la reinserción social, a través del fortalecimiento de los vínculos que les permita su reincorporación a la sociedad.
- 178.** En otro aspecto, el párrafo segundo del artículo 18 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dispone que el sistema penitenciario se organizará sobre la base del respeto a los derechos humanos, del trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte como medios para lograr la reinserción del sentenciado a la sociedad y procurar que no vuelva a delinquir y observar los beneficios que para él prevé la ley.
- 179.** En esta tesitura, el trabajo dentro de las prisiones permite a las personas privadas de la libertad, adquirir o perfeccionar una técnica u oficio que le facilite su posterior reinserción a la vida en libertad y obtener ingresos económicos para contribuir al mantenimiento de su familia y a mejorar su propia estancia en la prisión.
- 180.** No obstante lo anterior, se observó que hay diferencias en las actividades labores que se proporcionan a las mujeres con las de los hombres, ya que en la mayoría de los centros de reclusión, las tareas que desarrollan las mujeres, se limitan a cocina, lavado, planchado. La poca remuneración que las mujeres llegan a recibir por las actividades que desempeñan, además de ser insuficiente para satisfacer sus necesidades personales, no solventa los problemas que deben enfrentar, al ser ellas, en numerosas ocasiones, las únicas proveedoras de recursos económicos para sus hijos y familia.
- 181.** Aunado a lo anterior, en la mayoría de los centros, las internas no reciben capacitación para desarrollar alguna actividad laboral que sea productiva y funcional para cuando sean liberadas, lo cual pudiera brindar una opción de vida diferente a la que originó su reclusión.

182. En consecuencia, el impedimento o las restricciones que tienen las internas para ocuparse en una actividad productiva y remunerada, recibir capacitación en alguna actividad laboral funcional a la que puedan dedicarse cuando obtengan su libertad y llevar a cabo cursos escolares o formativos que les procuren un mejor desarrollo personal, viola en su perjuicio el derecho a la reinserción social consagrado en el segundo párrafo del artículo 18 de la Constitución.
183. En el caso de las internas en centros bajo la administración federal, el artículo 10, párrafo tercero, de la Ley que Establece las Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados, dispone que serán los reclusos quienes pagarán su sostenimiento en el reclusorio con cargo a la percepción que en éste tengan como resultado del trabajo que desempeñan, que dicho pago se establecerá a base de descuentos y el resto del producto del trabajo se distribuirá, de ser el caso para la reparación del daño, el sostenimiento de dependientes económicos, el fondo de ahorros del interno y para gastos menores de éste.
184. De no sustentarse la reinserción social sobre la base del trabajo, se vulnera lo dispuesto en los artículos 18, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 10 y 11, de la Ley que establece las Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados; 35, 37, 43 y 72, del Manual de Tratamiento de los Internos en Centros Federales de Readaptación Social, así como 65, 71 y 77 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, ya que el objetivo del sistema penitenciario es tratar de lograr, a través de un esquema humano y justo, basado en el respeto a la dignidad de las personas, su reintegración a la sociedad; por ello, la actividad laboral debe contribuir positivamente en el tratamiento que se otorgue a cada una de las reclusas.
185. El régimen penitenciario mexicano debe seguir privilegiando las circunstancias que sirven para mantener la vinculación social de los internos, tanto en el régimen interior como en el exterior de las prisiones. Como se ha expresado, estar interno no significa, de ningún modo, la privación del derecho que tiene el individuo a relacionarse con otras personas y a desarrollar actividades que fomenten tales nexos, pues a menos que la persona esté cumpliendo alguna sanción impuesta conforme a la normatividad aplicable, tiene derecho, como cualquier interno, a todos los servicios y actividades que estén dirigidas a fomentar el contacto con el exterior, dentro del cual revisten especial importancia los lazos familiares y de ser el caso, con sus menores hijos.
186. Por lo que corresponde a la permanencia de niñas y niños en las cárceles, que acompañan a sus madres durante su reclusión, ya sea porque prefieren tenerlos a su lado o, en algunos casos, no tienen otra opción por falta de familiares que puedan cuidarlos, se observó que en los centros de reclusión visitados no existen, las condiciones adecuadas para que los hijos de la internas satisfagan necesidades para un pleno desarrollo al interior de los mismos.
187. En tal sentido, el Estado tiene la obligación de asegurar la protección de los menores de edad, atendiendo al interés superior del niño, y cuando se permita a las madres reclusas vivir con ellas en prisión, deberán tomarse disposiciones para organizar estancias infantiles, con personal calificado, donde estarán los niños cuando no se hallen atendidos por sus madres.
188. Todos y cada uno de los derechos de la infancia son inalienables e irrenunciables, por lo que ninguna persona puede vulnerarlos o desconocerlos bajo ninguna circunstancia. Se entiende por interés superior del menor todo aquello que favorezca su desarrollo físico, psicológico, moral y social para lograr el pleno y armonioso desenvolvimiento de su personalidad. Con base en ese interés, el menor tendrá prioridad para recibir protección y socorro en toda circunstancia, preservando en todo momento la protección y el ejercicio de sus derechos.
189. Al respecto, como ya se ha señalado, el numeral 23.1 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos dispone que en los establecimientos para mujeres deben existir instalaciones especiales para el tratamiento de las reclusas embarazadas, de las que acaban de dar a luz y de las convalecientes. Hasta donde sea posible, se tomarán medidas para que el parto se verifique en un hospital civil. Si el niño nace en el establecimiento, no deberá hacerse constar este hecho en su partida de nacimiento.

190. La presencia, cuidados y atenciones de la madre en los primeros años de vida del ser humano son trascendentales en la conformación de la personalidad, de las emociones y de la asimilación de valores. Por ello, resulta importante conciliar la necesidad de la madre de poder asumir sus responsabilidades ante un nuevo ser, con la privación de su libertad.
191. Se considera imprescindible hacer notar que dentro de las necesidades femeninas está la atención de los hijos, generalmente por el vínculo emocional y afectivo de los hijos se establece con ella. Por este motivo, se debe tener en consideración que la convivencia materna fortalece el desarrollo psicosocial de los hijos y resulta trascendental para que adquieran confianza en sí mismos y en los demás. Por ello, no obstante la reclusión de la madre, dicha unión debe mantenerse.
192. Se reconoce que la opción de mantener un vínculo saludable entre las reclusas y sus hijos requiere de un ambiente adecuado que, como se ha señalado, no existe en las prisiones, contrario a lo establecido en la reciente reforma al artículo 11 de la Ley que establece las Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados.
193. Para que ese ambiente sea más propicio, las reclusas deben contar con el apoyo de profesionales que las orienten sobre cómo tratar a sus hijos, así como con las instalaciones y el personal profesional, capacitado y suficiente, con el fin de evitar que sus carencias de satisfactores afecten el desarrollo emocional de las niñas y los niños y se logre una verdadera prevención del delito.
194. La autoridad tiene ante sí el reto de propiciar una reclusión humanitaria y tendiente a fortalecer los vínculos materno-infantiles en un espacio intramuros, de manera que el encierro no resulte nocivo para el desarrollo psicosocial de los hijos de las internas.
195. El artículo 4 de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, establece que de conformidad con el interés superior de la infancia, las normas aplicables a niñas, niños y adolescentes, se entenderán dirigidas a procurarles, primordialmente, los cuidados y la asistencia que requieren para lograr un crecimiento y un desarrollo plenos en un ambiente de bienestar familiar y social. En el mismo tenor, el precepto 19 del mismo ordenamiento dispone que las niñas, los niños y los adolescentes tienen derecho a vivir en condiciones que permitan su crecimiento sano y armonioso, tanto físico, mental, espiritual, moral y social.
196. Los numerales 23.2 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos y X, último párrafo, de los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, establecen en términos generales que cuando se permita a las madres internas conservar a su hijo, deberán tomarse disposiciones para organizar una guardería infantil con personal calificado, donde estarán los niños cuando no se hallen atendidos por sus madres.
197. En cuanto a la maternidad, la reclusión impide a las madres satisfacer todas las necesidades de sus hijos para un desarrollo pleno; por lo tanto, el Estado tiene la obligación de asegurarles la protección y el ejercicio de sus derechos, para auxiliar en la mayor medida, la consecución de dicho objetivo.

VI. CONCLUSIONES

198. Lo descrito en los capítulos anteriores pone de manifiesto que los centros de reclusión destinados exclusivamente para mujeres presentan una serie de restricciones o carencias materiales que no les permite el ejercicio de sus derechos humanos, a pesar de que éstos no quedan limitados por la sujeción a la prisión preventiva o a la ejecución de la pena privativa de libertad. Aunado a lo anterior, es de señalar que en los establecimientos mixtos, por ser considerablemente más numerosa la población masculina, las internas procesadas y sentenciadas se encuentran incluso hacinadas o con una serie de restricciones o carencias materiales que no tienen justificación y les impide el efectivo ejercicio de sus derechos humanos.

199. Es por ello, que las autoridades penitenciarias en el ámbito local y federal, deben implementar medidas necesarias a efecto de garantizar el respeto y ejercicio pleno de a los derechos humanos de la población femenil reclusa, con establecimientos exclusivos para ellas, a fin de que no se vean afectadas por las adecuaciones que suelen hacerse a las instalaciones que las albergan y que en muchas ocasiones las obligan a compartir diversas áreas comunes con los varones.
200. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, tras advertir las deficiencias y las carencias que padecen las mujeres reclusas, y en su caso, también las de sus menores hijos, observa que se vulneran en su perjuicio los derechos humanos que consagran los preceptos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos relativos al trato digno, salud, alimentación, legalidad y reinserción social.
201. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos pone de manifiesto que las acciones y tendencias actuales en la planeación y uso de los espacios penitenciarios en México, no contemplan de manera específica y clara, la situación de las mujeres en reclusión que les garantice una estancia digna y segura de acuerdo a su condición de mujer y separada de los hombres como lo establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y que la infraestructura de los centros donde se encuentran reclusas carece de equipamiento y condiciones propias para la atención de sus necesidades de género en términos de respeto e igualdad.
202. Con base en lo expuesto, esta Comisión Nacional se permite formular las siguientes:

VII. PROPUESTAS GENERALES

A los gobernadores de los estados, Jefe de Gobierno del Distrito Federal y Comisionado Nacional de Seguridad:

PRIMERO. Diseñar políticas penitenciarias encaminadas a mejorar el sistema y la infraestructura penitenciaria nacional con un enfoque de género, a efecto de que la reclusión de las mujeres se lleve a cabo en inmuebles separados a la de los hombres, así como, de conformidad con el mandato constitucional separar a las internas sentenciadas de las que se encuentran en prisión preventiva; asignación de recursos presupuestales suficientes para la edificación de locales y/o establecimientos que cuenten con instalaciones apropiadas para la atención médica, con espacios que permitan el desarrollo infantil, y propicios para el tratamiento de las reclusas, tomando en cuenta las necesidades específicas de las mujeres, madres con hijos menores, jóvenes, indígenas, entre otras.

SEGUNDO. Giren instrucciones a las autoridades responsables de la organización y funcionamiento de los centros de reclusión bajo su autoridad, para que tomen las medidas necesarias con la finalidad de que las mujeres internas en los centros penitenciarios y de los menores hijos que convivan con ellas, reciban un trato respetuoso y digno, de acuerdo con la condición de su género, atendiendo sus necesidades de salud, educación, capacitación para trabajo productivo y remunerado, actividades deportivas y que convivan con internas de su misma situación jurídica y clasificación criminológica, sin ningún tipo de sometimiento entre ellas y con personal de custodia exclusivamente femenino. Para estos efectos, en el caso de mujeres indígenas, tomar en consideración su origen étnico, usos y costumbres e idioma.

TERCERO. Giren instrucciones para que instrumente un programa de capacitación permanente para personal directivo, técnico, administrativo y de custodia de los establecimientos penitenciarios tanto federales, estatales y municipales en materia de derechos humanos, a efecto de que se garantice el irrestricto respeto a los derechos humanos de las mujeres en reclusión con perspectiva de género, sin menoscabo de la igualdad entre mujeres y hombres.

CUARTO. En razón del interés superior de la infancia, ordenar se realicen las gestiones administrativas y presupuestales para crear instalaciones, programas de atención para las niñas y niños que permanecen con sus madres en los centros de reclusión del país, así como para que las internas mantengan el contacto necesario con las hijas e hijos que viven en el exterior, con el propósito de respetar los derechos fundamentales de la niñez, que contemplan los párrafos octavo y noveno del artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y a lo establecido en la reforma al artículo 11 de la Ley que establece las Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados.

QUINTO. Girar instrucciones, en el ámbito de sus respectivas competencias, a los funcionarios responsables con la finalidad de que se establezcan programas de atención médica general y especializada a las mujeres en reclusión, así como a los hijos que las acompañan, proporcionando además una adecuada y suficiente alimentación, con el objetivo de que puedan gozar de salud física, emocional y una vida plena, así como se cumpla lo dispuesto en el párrafo cuarto del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

SEXTO. Girar instrucciones, en el ámbito de sus respectivas competencias, a los funcionarios responsables de las prisiones con el objetivo de generar las condiciones, tanto materiales como administrativas para que las mujeres en reclusión cuenten con actividades educativas y laborales y éstas últimas sean remuneradas, en estricto apego al respeto a sus derechos humanos, alejado de los estereotipos culturalmente establecidos que vulneran la dignidad de las mujeres, con miras a que la capacitación para el mismo sea funcional para su vida en libertad. En este sentido, deberá tomarse en cuenta, el idioma, cultura, así como los usos y costumbres de las mujeres indígenas.

SÉPTIMO. En relación con los traslados al Complejo Penitenciario "Islas Marías", o cualquier otro establecimiento carcelario, realizar una revisión exhaustiva de las características de las internas que serán motivo de traslado, poniendo énfasis en el lugar de residencia de cada una de ellas, con la finalidad de fomentar la conservación y fortalecimiento de las relaciones afectivas y sociales de las internas con familiares y amigos, a fin de contribuir de manera positiva en su proceso de reinserción.

OCTAVO. Se elaboren a la brevedad los manuales de procedimientos necesarios, que regulen la aplicación de medidas disciplinarias, en las que se respeten los derechos humanos, las reglas del debido proceso, en particular, de audiencia y defensa, para las internas de los centros penitenciarios del país, así como contar con el apoyo de intérpretes y traductores para las mujeres indígenas.

NOVENO. Implementar acciones necesarias a fin de que se instrumente un programa de capacitación permanente para personal directivo, técnico, administrativo y de custodia, en el que se promuevan temas relacionados con la prevención de tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes; el uso racional de la fuerza y manejo de conflictos para atender contingencias o motines en establecimientos penitenciarios, con el objeto de que se garantice la seguridad, el irrestricto respeto a los derechos humanos de las internas y de los menores hijos que las acompañen.

México, Distrito Federal, a 25 de junio de 2013.

INFORME MENSUAL

GACETA 275 • JUNIO/2013 • CNDH

Expedientes de Queja

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

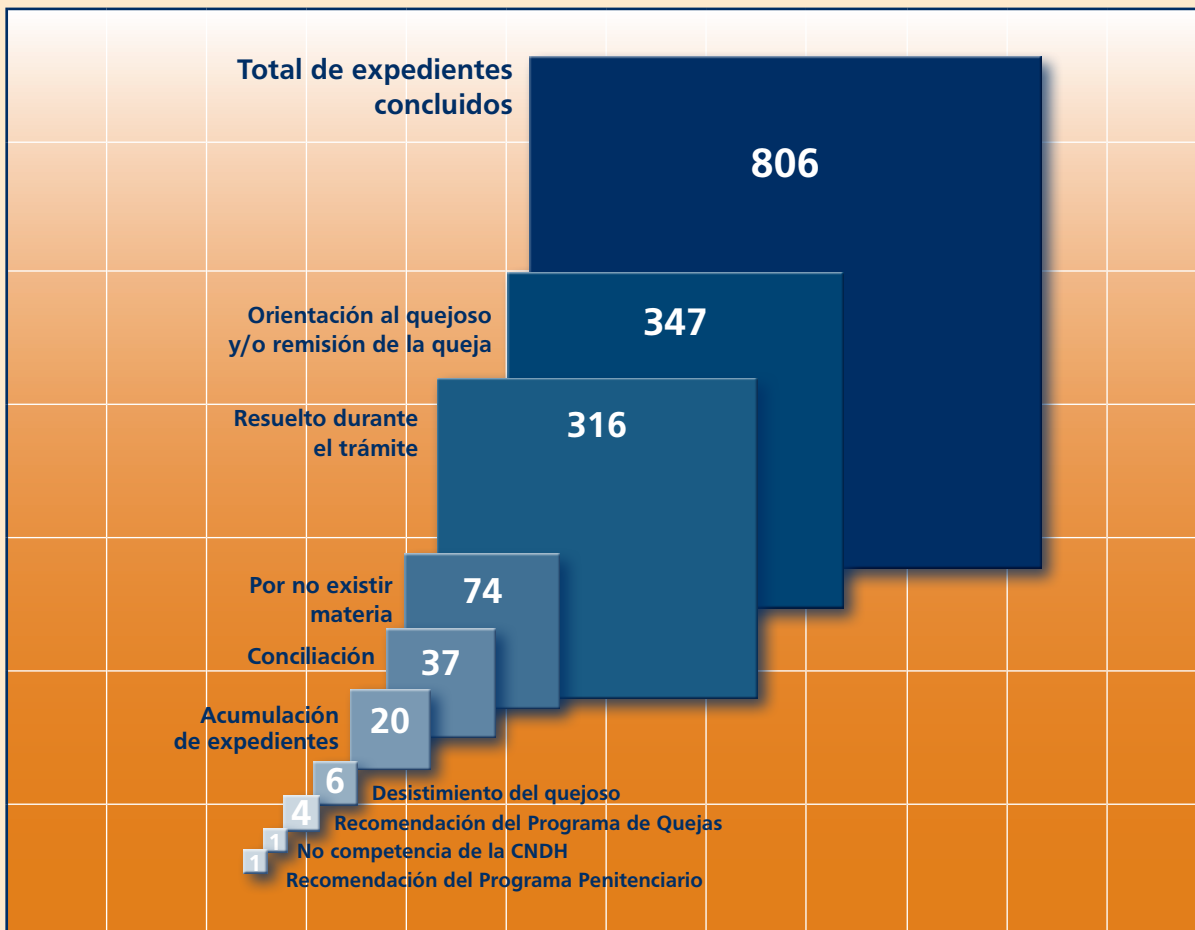


B. Expedientes de queja en trámite por Visitaduría y total



C. Total de expedientes concluidos y por Visitaduría

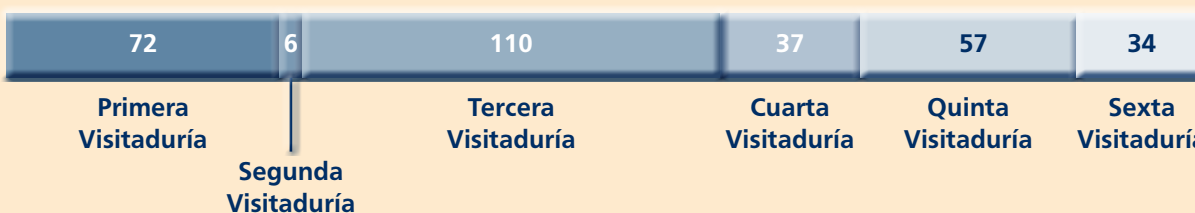
a. Formas de conclusión de expedientes en cada Visitaduría



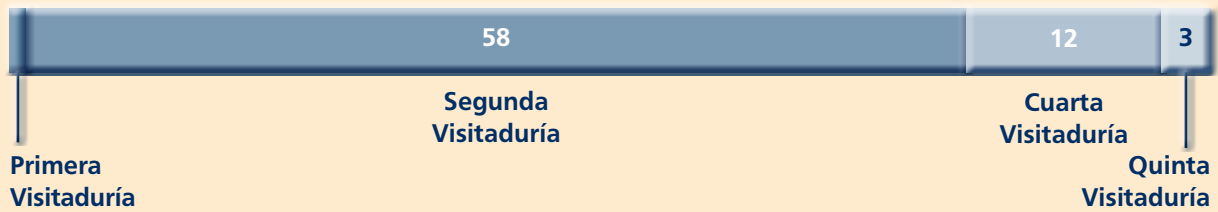
Orientación al quejoso y/o remisión de la queja: 347



Resuelto durante el trámite: 316



Por no existir materia: 74



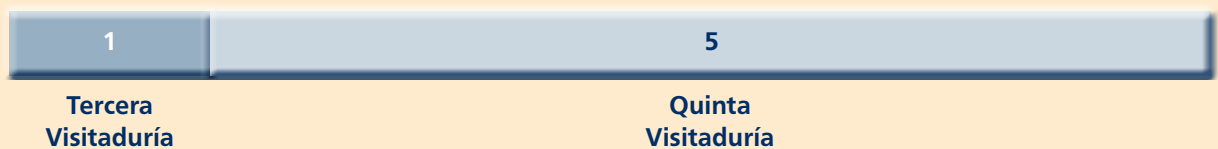
Conciliación: 37



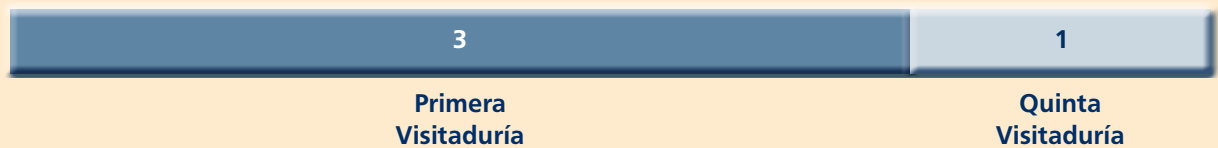
Acumulación de expedientes: 20



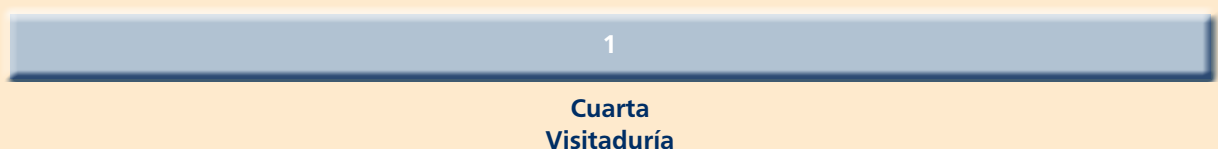
Desistimiento del quejoso: 6



Recomendación del Programa de Quejas: 4



No competencia de la CNDH: 1



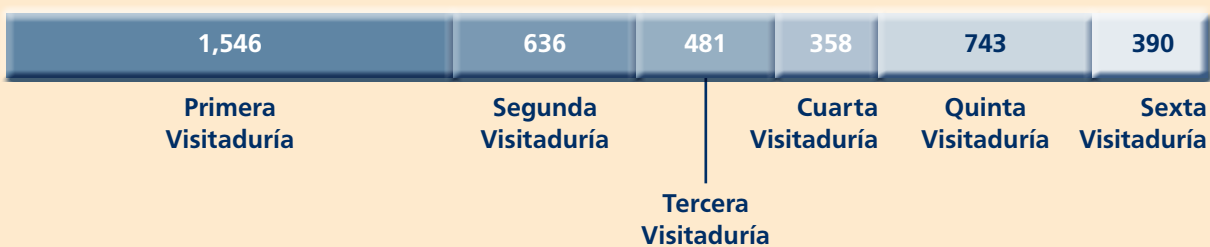
Recomendación del Programa Penitenciario: 1



b. Situación de los expedientes de queja registrados y concluidos



Presunta violación: 4,154



Pendiente de calificación por falta de información del quejoso: 101



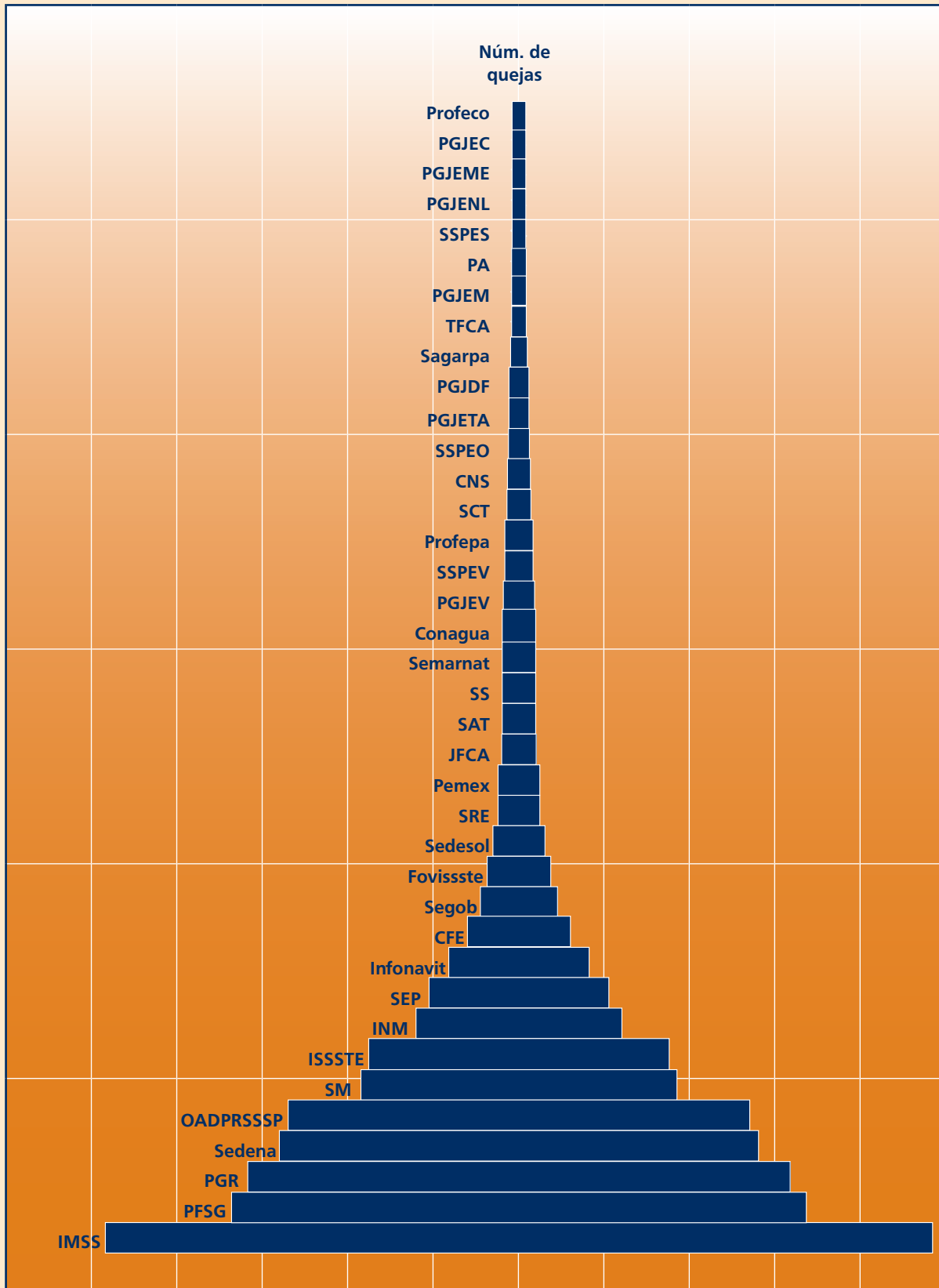
D. Expedientes de queja concluidos de los registrados en el periodo



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	773	658	27	631
Febrero	740	1,096	50	1,046
Marzo	636	819	90	729
Abril	1,091	856	166	690
Mayo	824	941	46	895
Junio	739	806	40	766

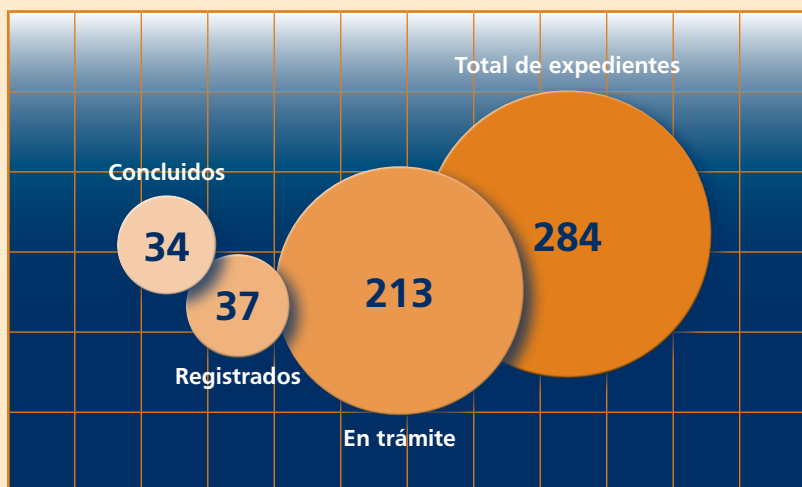
F. Autoridades señaladas como responsables de violaciones, respecto de las quejas en trámite



Siglas	Autoridad responsable
Profeco	Procuraduría Federal del Consumidor
PGJEC	Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas
PGJEME	Procuraduría General de Justicia del Estado de México
PGJENL	Procuraduría General de Justicia del Estado de Nuevo León
SSPES	Secretaría de Seguridad Pública del Estado de Sonora
PA	Procuraduría Agraria
PGJEM	Procuraduría General de Justicia del Estado de Michoacán
TFCA	Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje
Sagarpa	Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
PGJDF	Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal
PGJETA	Procuraduría General de Justicia del Estado de Tamaulipas
SSPEO	Secretaría de Seguridad Pública del Estado de Oaxaca
CNS	Comisión Nacional de Seguridad
SCT	Secretaría de Comunicaciones y Transportes
Profepa	Procuraduría Federal de Protección al Ambiente
SSPEV	Secretaría de Seguridad Pública del Estado de Veracruz
PGJEV	Procuraduría General de Justicia del Estado de Veracruz
Conagua	Comisión Nacional del Agua
Semarnat	Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
SS	Secretaría de Salud
SAT	Servicio de Administración Tributaria de la SHCP
JFCA	Junta Federal de Conciliación y Arbitraje
Pemex	Petróleos Mexicanos
SRE	Secretaría de Relaciones Exteriores
Sedesol	Secretaría de Desarrollo Social
Fovissste	Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Segob	Secretaría de Gobernación
CFE	Comisión Federal de Electricidad
Infonavit	Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores
SEP	Secretaría de Educación Pública
INM	Instituto Nacional de Migración de la Secretaría de Gobernación
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
SM	Secretaría de Marina
OADPRSSSP	Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación
Sedena	Secretaría de la Defensa Nacional
PGR	Procuraduría General de la República
PFSG	Policía Federal de la Secretaría de Gobernación
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social

Expedientes de recursos de inconformidad

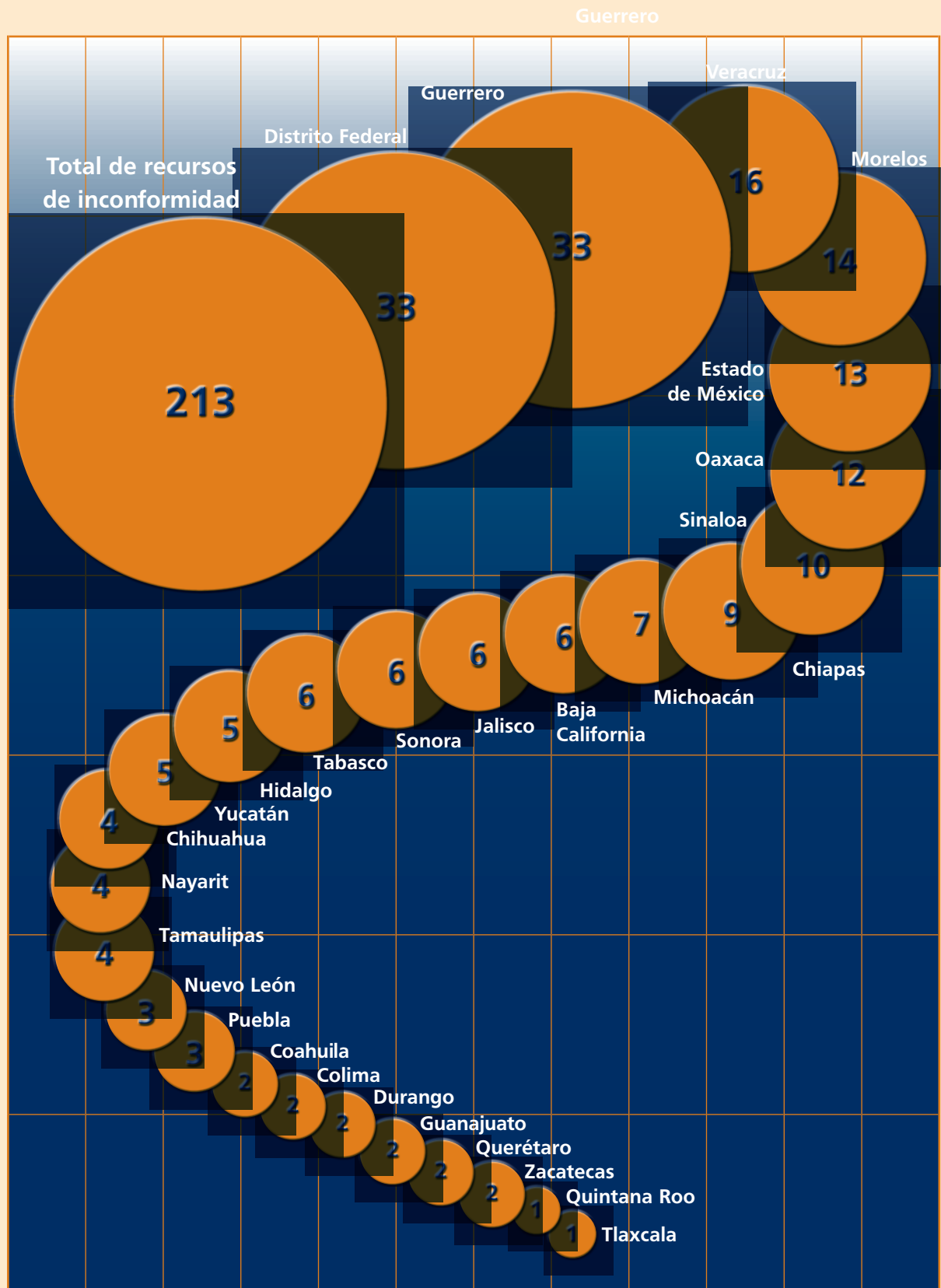
A. Expedientes de recursos de inconformidad registrados en el periodo



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				
23	Instituto Mexicano del Seguro Social	Protección de la salud	Negligencia médica.	1a.
24	Instituto Mexicano del Seguro Social	Protección de la salud	Negligencia médica. Realizar deficientemente los trámites médicos. Omitir proporcionar atención médica.	5a.
		Seguridad jurídica	Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones. Prestar indebidamente el servicio público.	
25	Instituto Mexicano del Seguro Social	Protección de la salud	Negligencia médica.	1a.
	Gobernador Constitucional del Estado de Sinaloa			
26	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Igualdad	Incumplir con el pago de pensión.	1a.
		Seguridad jurídica	Dilación en el procedimiento administrativo. Obstaculizar o negar las prestaciones de seguridad social a que se tiene derecho.	
Programa Penitenciario				
22	Gobernador Constitucional del Estado de Colima	Seguridad jurídica	Acciones u omisiones contrarias a los derechos de las personas privadas de su libertad.	3a.

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	24	14	3	0	0	0	6	56
2006	46	12	27	12	1	1	0	0	7	60
2007	70	21	46	36	5	2	0	0	4	114
2008	67	21	26	23	7	2	0	0	5	84
2009	78	28	46	13	21	1	0	0	4	113
2010	86	30	33	4	41	3	0	0	4	115
2011	95	12	25	1	91	2	0	0	10	141
2012	93**	11	9	0	87	7	4	4	3	125
2013	26	0	0	0	14	6	7	6	0	33
Totales	2,353	304	1,754	417	283	36	11	10	56	2,871

* Una Recomendación puede ser dirigida a una o más autoridades.

** No incluye la Recomendación 1VG Violaciones Graves.

Conciliaciones

Conciliaciones formalizadas durante el mes

Autoridad	Motivo de violación	Núm. de expediente	Visitaduría
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Omitir suministrar medicamentos.	2011/9997	1a.
Secretaría de la Defensa Nacional	Apoderarse de un bien mueble sin el consentimiento del propietario, sin que exista causa justificada. Detención arbitraria. Ejercer violencia desproporcionada durante la detención. Emplear arbitrariamente la fuerza pública. Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones. Incomunicación. Intimidación. Prestar indebidamente el servicio público. Transgredir el derecho a la libertad sexual. Trato cruel, inhumano o degradante.	2012/169	5a.
Secretaría de Marina	Detención arbitraria. Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones. Prestar indebidamente el servicio público.	2012/1934	5a.
Secretaría de la Defensa Nacional	Detención arbitraria. Emplear arbitrariamente la fuerza pública. Trato cruel, inhumano o degradante.	2012/5779	2a.
Secretaría de la Defensa Nacional	Detención arbitraria. Incumplir con alguna de las formalidades para la emisión de la orden de cateo o durante la ejecución de éste, así como para las visitas domiciliarias. Trato cruel, inhumano o degradante.	2012/5880	2a.

Autoridad	Motivo de violación	Núm. de expediente	Visitaduría
Secretaría de la Defensa Nacional	Detención arbitraria. Incumplir con alguna de las formalidades para la emisión de la orden de cateo o durante la ejecución de éste, así como para las visitas domiciliarias. Ocupar, deteriorar o destruir ilegalmente propiedad privada. Omitir el ejercicio del principio de la exacta aplicación de la ley. Retención ilegal. Trato cruel, inhumano o degradante.	2012/6377	2a.
Secretaría de la Defensa Nacional	Detención arbitraria. Trato cruel, inhumano o degradante.	2012/6743	2a.
Secretaría de la Defensa Nacional	Detención arbitraria.	2012/6851	2a.
Secretaría de la Defensa Nacional	Detención arbitraria. Emplear arbitrariamente la fuerza pública. Retención ilegal. Trato cruel, inhumano o degradante.	2012/7270	2a.
Instituto Nacional de Migración de la Secretaría de Gobernación	Acciones y omisiones que transgreden los derechos de los migrantes y de sus familiares. Acciones y omisiones que transgreden los derechos de las personas privadas de su libertad. Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones. Prestar indebidamente el servicio público.	2012/7431	5a.
Secretaría de la Defensa Nacional	Detención arbitraria. Incumplir con alguna de las formalidades para la emisión de la orden de cateo o durante la ejecución de éste, así como para las visitas domiciliarias. Trato cruel, inhumano o degradante.	2012/7451	2a.
Secretaría de la Defensa Nacional	Apoderarse de un bien mueble sin el consentimiento del propietario, sin que exista causa justificada. Emplear arbitrariamente la fuerza pública. Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones. Incumplir con alguna de las formalidades para la emisión de la orden de cateo o durante la ejecución de éste, así como para las visitas domiciliarias. Prestar indebidamente el servicio público.	2012/7763	5a.
Secretaría de Marina	Detención arbitraria. Retención ilegal.	2012/8154	2a.
Instituto Nacional de Migración de la Secretaría de Gobernación	Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones. Omitir dar información. Omitir fundar el acto de autoridad. Omitir motivar el acto de autoridad. Prestar indebidamente el servicio público.	2012/8292	5a.
Instituto Nacional de Migración de la Secretaría de Gobernación	Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones. Omitir dar información. Omitir fundar el acto de autoridad. Omitir motivar el acto de autoridad. Prestar indebidamente el servicio público.	2012/8297	5a.

Autoridad	Motivo de violación	Núm. de expediente	Visitaduría
Secretaría de la Defensa Nacional	Detención arbitraria. Emplear arbitrariamente la fuerza pública. Retención ilegal. Trato cruel, inhumano o degradante.	2012/8706	2a.
Comisión para la Regularización de la Tenencia de la Tierra de la Secretaría de Desarrollo Social	Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones.	2012/8734	4a.
Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación	Omitir brindar el servicio de hospitalización.	2012/9097	3a.
Instituto Nacional de Migración de la Secretaría de Gobernación	Acciones y omisiones que transgreden los derechos de los migrantes y de sus familiares. Detención arbitraria. Omitir motivar el acto de autoridad. Prestar indebidamente el servicio público. Retención ilegal.	2012/9214	5a.
Secretaría de la Defensa Nacional	Detención arbitraria. Emplear arbitrariamente la fuerza pública. Incumplir con alguna de las formalidades para la emisión de la orden de cateo o durante la ejecución de éste, así como para las visitas domiciliarias. Trato cruel, inhumano o degradante.	2012/9769	2a.
Secretaría de Marina	Detención arbitraria. Efectuar una detención sin contar con la orden correspondiente, fuera de los casos de flagrancia. Incumplir con las formalidades para realizar una detención en un caso urgente o delitos graves. Trato cruel, inhumano o degradante.	2012/10332	2a.
Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación	Acciones u omisiones contrarias a los derechos de las personas privadas de su libertad. Prestar indebidamente el servicio público.	2012/10508	3a.
Secretaría de Marina	Detención arbitraria. Efectuar una detención sin contar con la orden correspondiente, fuera de los casos de flagrancia. Ejercer violencia desproporcionada durante la detención. Emplear arbitrariamente la fuerza pública. Imputar indebidamente hechos. Retención ilegal. Trato cruel, inhumano o degradante.	2012/10556	2a.
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. Prestar indebidamente el servicio público. Retención ilegal. Trato cruel, inhumano o degradante.	2012/10647	5a.
Secretaría de la Defensa Nacional	Trato cruel, inhumano o degradante.	2012/10745	2a.
Secretaría de la Defensa Nacional	Detención arbitraria. Incumplir con alguna de las formalidades para la emisión de la orden de cateo o durante la ejecución de éste, así como para las visitas domiciliarias. Trato cruel, inhumano o degradante.	2013/403	2a.

Autoridad	Motivo de violación	Núm. de expediente	Visitaduría
Secretaría de la Defensa Nacional	Retención ilegal. Trato cruel, inhumano o degradante.	2013/412	2a.
Secretaría de la Defensa Nacional	Apoderarse de un bien mueble sin el consentimiento del propietario, sin que exista causa justificada. Incumplir con alguna de las formalidades para la emisión de la orden de cateo o durante la ejecución de éste, así como para las visitas domiciliarias. Intimidación.	2013/1145	2a.
Secretaría de la Defensa Nacional	Emplear arbitrariamente la fuerza pública. Trato cruel, inhumano o degradante.	2013/1654	2a.
Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación	Acciones y omisiones que trasgreden los derechos de las personas privadas de su libertad. Omitir proporcionar atención médica.	2013/1766	3a.
Secretaría de la Defensa Nacional	Detención arbitraria. Trato cruel, inhumano o degradante.	2013/2031	2a.
Secretaría de la Defensa Nacional	Apoderarse de un bien mueble sin el consentimiento del propietario, sin que exista causa justificada. Incumplir con alguna de las formalidades para la emisión de la orden de cateo o durante la ejecución de éste, así como para las visitas domiciliarias. Intimidación. Trato cruel, inhumano o degradante.	2013/2746	2a.
Secretaría de la Defensa Nacional	Incumplir con alguna de las formalidades para la emisión de la orden de cateo o durante la ejecución de éste, así como para las visitas domiciliarias.	2013/2752	2a.
Secretaría de Marina	Apoderarse de un bien mueble sin el consentimiento del propietario, sin que exista causa justificada. Incumplir con alguna de las formalidades para la emisión de la orden de cateo o durante la ejecución de éste, así como para las visitas domiciliarias.	2013/2865	2a.
Secretaría de la Defensa Nacional	Incumplir con alguna de las formalidades para la emisión de la orden de cateo o durante la ejecución de éste, así como para las visitas domiciliarias. Trato cruel, inhumano o degradante.	2013/2900	2a.
Secretaría de Marina	Apoderarse de un bien mueble sin el consentimiento del propietario, sin que exista causa justificada. Incumplir con alguna de las formalidades para la emisión de la orden de cateo o durante la ejecución de éste, así como para las visitas domiciliarias.	2013/3183	2a.
Secretaría de la Defensa Nacional	Detención arbitraria. Incumplir con alguna de las formalidades para la emisión de la orden de cateo o durante la ejecución de éste, así como para las visitas domiciliarias. Trato cruel, inhumano o degradante.	2013/3217	2a.

Orientación y remisión

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

Área	En el mes
Primera	2
Segunda	56
Tercera	82
Cuarta	115
Quinta	22
Sexta	156
D.G.Q.O.	183
Total	616

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

Área	En el mes
Primera	135
Segunda	57
Tercera	48
Cuarta	84
Quinta	72
Sexta	117
D.G.Q.O.	1
Total	514

C. Destinatarios de las remisiones

Destinatarios	Total mensual
Comisiones Estatales de Derechos Humanos	258
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	37
Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social de la Secretaría de la Función Pública	30
Órgano Interno de Control en la Policía Federal Preventiva de la Secretaría de la Función Pública	26
Procuraduría Federal del Consumidor	23
Procuraduría General de la República	18
Instituto Federal de la Defensoría Pública	14
Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo	14
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Educación Pública de la Secretaría de la Función Pública	10
Órgano Interno de Control en la Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal	9
Consejo de la Judicatura Federal	8
Comisión de Inconformidades del Infonavit	7
Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación	7
Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de la Secretaría de la Función Pública	6
Procuraduría Agraria	6
Procuraduría de la Defensa de los Trabajadores al Servicio del Estado	6
Inspección y Contraloría General del Ejército y Fuerza Aérea Mexicana, Sedena	5
Órgano Interno de Control en el Servicio de Administración Tributaria de la Secretaría de la Función Pública	4
Órgano Interno de Control del Tribunal Superior Agrario	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 Secretaría de la Defensa Nacional de la Secretaría de la Función Pública	3
Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros	2

Destinatarios	Total mensual
Contraloría Interna de la Secretaría de Gobernación	2
Contraloría Interna de la Secretaría de la Función Pública	2
Inspección y Contraloría General de Marina	2
Órgano Interno de Control del Instituto Federal Electoral	2
Órgano Interno de Control en el Banco del Ahorro Nacional y Servicios Financieros, S. N. C.	2
Órgano Interno de Control en el Instituto Politécnico Nacional en la Secretaría de la Función Pública	2
Órgano Interno de Control en la Comisión Nacional del Agua de la Secretaría de la Función Pública	2
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación de la Secretaría de la Función Pública	2
Órgano Interno de Control en Petróleos Mexicanos de la Secretaría de la Función Pública	2
Unidad de Quejas, Denuncias y Responsabilidades de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje	2
Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes	1
Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro	1
Instituto Mexicano del Seguro Social	1
Lotería Nacional para la Asistencia Pública	1
Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación	1
Órgano Interno de Control de la Secretaría de la Función Pública en la Secretaría de Relaciones Exteriores	1
Órgano Interno de Control del Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial	1
Órgano Interno de Control en el Registro Agrario Nacional de la Secretaría de la Función Pública	1
Órgano Interno de Control en el Servicio Postal Mexicano de la Secretaría de la Función Pública	1
Órgano Interno de Control en la Procuraduría General de la República de la Secretaría de la Función Pública	1
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales de la Secretaría de la Función Pública	1

Destinatarios	Total mensual
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud de la Secretaría de la Función Pública	1
Órgano Interno de Control en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social	1
Procuraduría de la Defensa del Contribuyente	1
Recalificación	1
Secretaría de Educación Pública	1
Secretaría de Gobernación	1
Universidad Nacional Autónoma de México	1
Total	537

Atención al público

A. En el edificio sede de la CNDH

Actividad	Total mensual
Remisión vía oficio de presentación	17
Orientación jurídica personal y telefónica	2,036
Revisión de escrito de queja o recurso	78
Asistencia en la elaboración de escrito de queja	102
Recepción de escrito para conocimiento	2
Aportación de documentación al expediente	3
Acta circunstanciada que derivó en queja efectuada vía personal o telefónica	23
Acta circunstanciada que derivó en solución inmediata vía personal o telefónica	10
Información sobre la función de la CNDH para trabajos escolares o de investigación vía personal o telefónica	57
Total	2,328

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

Actividad	Total mensual
Remisión vía oficio de presentación	12
Orientación jurídica personal y telefónica	259
Revisión de escrito de queja o recurso	6
Asistencia en la elaboración de escrito de queja	54
Recepción de escrito para conocimiento	3
Aportación de documentación al expediente	3
Información sobre la función de la CNDH para trabajos escolares o de investigación	17
Orientación a la unidad de enlace competente personal y telefónica	1
Total	355

C. Servicio de guardia en el edificio sede

Actividad	Total mensual
Remisión vía oficio de presentación	1
Orientación jurídica personal y telefónica	268
Revisión de escrito de queja o recurso	19
Asistencia en la elaboración de escrito de queja	25
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	44
Información sobre la función de la CNDH para trabajos escolares o de investigación vía personal o telefónica	4
Total	378

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	84
Segunda Visitaduría	66
Tercera Visitaduría	44
Cuarta Visitaduría	52
Quinta Visitaduría	19
Sexta Visitaduría	172
Dirección General de Quejas y Orientación	39
Total	476

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 de queja	3,414
Documentos de autoridad	6,560
Documentos de transparencia	8
Documentos de CEDH	764
Presidencia	154
Para el personal de la CNDH	941
Total de documentos recibidos:*	11,841

* De los 11,841 documentos, 286 fueron recibidos por el área de Guardias y 1,355 por la oficina de la Dirección General de Quejas y Orientación en el Centro Histórico.

Capacitación

Actividades realizadas durante el mes de junio

Educación básica

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
5-jun	Jardín de Niños "Valle de Quencio"	Michoacán	Curso-Taller	La niñez en la construcción de una cultura de la legalidad	Estudiantes
5-jun	Jardín de Niños "Valle de Quencio"	Michoacán	Curso	Las y los niños en la construcción de una cultura de legalidad	Estudiantes
5-jun (2 ocasiones)	Jardín de Niños "Zitácuaro"	Michoacán	Curso-Taller	La niñez en la construcción de una cultura de la legalidad	Estudiantes
5 y 6-jun (2 ocasiones)	Jardín de Niños "Valle de Quencio"	Michoacán	Curso	Aspectos básicos de Derechos Humanos	Docentes y padres de familia
6-jun (2 ocasiones)	Jardín de Niños "Francisco Serrato"	Michoacán	Curso-Taller	La niñez en la construcción de una cultura de la legalidad	Estudiantes
6-jun	Jardín de Niños "Francisco Serrato"	Michoacán	Curso	Aspectos básicos de Derechos Humanos	Padres de familia
6-jun	Jardín de Niños "Samuel Ramos"	Michoacán	Curso	Aspectos básicos de Derechos Humanos	Docentes
6-jun	Jardín de Niños "Samuel Ramos"	Michoacán	Curso-Taller	La niñez en la construcción de una cultura de la legalidad	Estudiantes
13 y 14-jun (45 ocasiones)	Primaria "Generalísimo Morelos"	Estado de México	Curso	La niñez en la construcción de una cultura de la legalidad	Estudiantes

Educación media

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
6, 7, 18, 19, 20 y 24-jun (17 ocasiones)	Conalep	Estado de México	Curso	La juventud en la construcción de una cultura de la legalidad	Estudiantes
11 y 12-jun (8 ocasiones)	Conalep	Distrito Federal	Curso	La juventud en la construcción de una cultura de la legalidad	Estudiantes

Educación superior

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
7-jun	Casa de la Cultura Jurídica de Durango	Durango	Módulo I	Métodos de interpretación del derecho internacional de los Derechos Humanos	Servidores públicos
7-jun	Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tabasco	Tabasco	Conferencia	Derechos Humanos y libertad de expresión	Periodistas y sociedad en general
21-jun	Comisión de Derechos Humanos de Quintana Roo	Quintana Roo	Diplomado	Legislación y políticas públicas de violencia	Estudiantes, servidores públicos y miembros de ONG
21-jun	Universidad del Distrito Federal, Campus Santa María	Distrito Federal	Conferencia	Violencia en el noviazgo y perspectiva de género	Estudiantes
28-jun	Comisión de Derechos Humanos de Quintana Roo	Quintana Roo	Módulo VII	Programa de Asuntos de la Niñez y la Familia	Estudiantes universitarios, investigadores, docentes, miembros de ONG, psicólogos y sociólogos
Del 27 al 28-jun	Casa de la Cultura Jurídica de la Suprema Corte de Justicia de la Nación	Coahuila	Diplomado	Interpretación	Abogados litigantes, jueces y magistrados del Poder Judicial y estatal y miembros de CDHE
Del 28 al 29-jun	Casa de la Cultura Jurídica de la Suprema Corte de Justicia de la Nación	Durango	Curso	Interpretación	Estudiantes, servidores públicos y público en general

Grupos en situación vulnerable (niñez)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
5, 6 y 7-jun (17 ocasiones)	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Curso	Derechos y deberes de niñas y niños	Niñez
6-jun (4 ocasiones)	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Curso	Introducción a los Derechos Humanos	Niñez
6 y 7-jun (2 ocasiones)	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Curso	Violencia escolar	Niñez
7-jun	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Curso	Valores y Derechos Humanos	Niñez
10-jun	México es de Todos, A. C.	Morelos	Curso	Derechos Humanos y <i>bullying</i>	Niñez
10-jun (2 ocasiones)	México es de Todos, A. C.	Estado de México	Curso	Derechos Humanos y <i>bullying</i>	Niñez
10-jun (3 ocasiones)	Enlace de Ayuda por la Paz, A. C.	Estado de México	Curso	Derechos de la niñez y violencia escolar	Niñez
10-jun (3 ocasiones)	Enlace de Ayuda por la Paz, A. C.	Estado de México	Curso	Derechos Humanos y acoso escolar o <i>bullying</i>	Niñez
19 y 20-jun (9 ocasiones)	Fundación Explosive, A. C.	Morelos	Curso	Derechos Humanos y <i>bullying</i>	Niñez
19, 20 y 24-jun (6 ocasiones)	Fundación Explosive, A. C.	Estado de México	Curso	Los Derechos Humanos y el <i>bullying</i>	Niñez
24-jun (4 ocasiones)	Centro de Derechos Humanos y Ayuda Mutua, A. C.	Estado de México	Curso	Los Derechos Humanos y las responsabilidades de los niños y niñas	Niñez
28-jun (8 ocasiones)	Centro de Derechos Humanos y Ayuda Mutua, A. C.	Estado de México	Curso	Derechos y deberes de niñas y niños	Niñez

Grupos en situación vulnerable (mujeres)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
7-jun	Centro Integral Infantil de Morelos, A. C.	Morelos	Conferencia	Introducción a los Derechos Humanos	Mujeres

Grupos en situación vulnerable (jóvenes)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
6-jun	Centro de Prevención Comunitaria Reintegra, I. A.P.	Zacatecas	Curso	Prevención del delito	Jóvenes
7-jun	Centro de Prevención Comunitaria Reintegra, I. A.P.	Zacatecas	Conferencia	Prevención del delito	Jóvenes
10-jun	Enlace de Ayuda por la Paz, A. C.	Estado de México	Conferencia	Derechos Humanos y el acoso escolar o <i>bullying</i>	Jóvenes

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
10-jun	Organización de Derechos Humanos Mensajeros de la Paz, A. C.	Distrito Federal	Conferencia	Derechos de los jóvenes	Jóvenes
10-jun	Organización de Derechos Humanos Mensajeros de la Paz, A. C.	Distrito Federal	Conferencia	Derechos y deberes de las y los jóvenes	Jóvenes
10-jun (2 ocasiones)	Asociación Reconociendo tu Esfuerzo, A. C.	Distrito Federal	Conferencia	Derechos y deberes de las y los jóvenes	Jóvenes
12-jun (2 ocasiones)	Asociación Nacional Pro Defensa de los Derechos Humanos, "Juan Escutia", A. C.	Estado de México	Conferencia	Los Derechos Humanos y la violencia escolar	Jóvenes
12-jun	Asociación Nacional Pro Defensa de los Derechos Humanos, "Juan Escutia", A. C.	Estado de México	Curso	Sobre los Derechos Humanos y la violencia	Jóvenes
13-jun	Organización de Derechos Humanos Mensajeros de la Paz, A. C.	Distrito Federal	Conferencia	Formación de promotores	Jóvenes

Servidores públicos (fuerzas armadas)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
Del 20-may al 21-jun	Secretaría de Marina	Varias	Telecurso	Cultura de la legalidad	Elementos del Ejército
Del 20-may al 21-jun	Secretaría de Marina	Varias	Telecurso	Debida preservación y procesamiento del lugar de los hechos	Elementos del Ejército
Del 20-may al 21-jun	Secretaría de Marina	Varias	Telecurso	Desaparición forzada, retención ilegal e incomunicación	Elementos del Ejército
Del 20-may al 21-jun	Secretaría de Marina	Varias	Telecurso	Directrices que deben observarse en la detención	Elementos del Ejército
Del 20-may al 21-jun	Secretaría de Marina	Varias	Telecurso	La Reforma Constitucional en Materia de Derechos Humanos del 10 de junio de 2011	Elementos del Ejército
Del 20-may al 21-jun	Secretaría de Marina	Varias	Telecurso	Lineamientos generales para la puesta a disposición de personas u objetos	Elementos del Ejército
Del 20-may al 21-jun	Secretaría de Marina	Varias	Telecurso	Lineamientos generales para la regulación del procesamiento de indicios y cadena de custodia	Elementos del Ejército
Del 20-may al 21-jun	Secretaría de Marina	Varias	Telecurso	Omitir fundar y motivar el acto de autoridad	Elementos del Ejército
Del 20-may al 21-jun	Secretaría de Marina	Varias	Telecurso	Uso legítimo de la fuerza	Elementos del Ejército

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
Del 27-may al 17-jun	Secretaría de la Defensa Nacional	Varias	Curso en línea	Curso básico en Derechos Humanos	Elementos del Ejército
1-jun	Secretaría de la Defensa Nacional	Varias	Conferencia a distancia	Seguridad pública y Derechos Humanos	Elementos del Ejército
1-jun	Secretaría de la Defensa Nacional	Distrito Federal	Conferencia	Seguridad pública y Derechos Humanos	Elementos del Ejército
6, 24 y 25-jun (5 ocasiones)	Secretaría de la Defensa Nacional	Estado de México	Curso	Análisis de casos de violaciones a Derechos Humanos	Elementos del Ejército
11-jun	Secretaría de la Defensa Nacional	Distrito Federal	Curso	Evolución histórica, concepto y fundamento de los Derechos Humanos, reforma constitucional en materia de Derechos Humanos del 10 de junio de 2011, Nueva Ley de Amparo	Elementos del Ejército
11-jun (2 ocasiones)	Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tabasco	Tabasco	Curso-Taller	Análisis del artículo 14 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Elementos del Ejército
12-jun	Secretaría de la Defensa Nacional	Distrito Federal	Curso	Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Corte Interamericana de Derechos Humanos y análisis de casos ante la Comisión y Corte Interamericana de Derechos Humanos	Elementos del Ejército
13-jun	Secretaría de la Defensa Nacional	Estado de México	Curso-Taller	Análisis de casos de violaciones a los Derechos Humanos	Elementos del Ejército
19-jun	Secretaría de la Defensa Nacional	Chiapas	Conferencia	Derechos Humanos de los migrantes	Elementos del Ejército
21-jun	Estado Mayor Presidencial	Distrito Federal	Curso-Taller	Análisis de casos de violaciones a los Derechos Humanos	Elementos del Ejército
25-jun	Secretaría de la Defensa Nacional	Distrito Federal	Conferencia	Empleo progresivo del uso de la fuerza y de las armas letales y no letales	Elementos del Ejército

Servidores públicos (seguridad pública)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
4 y 5-jun (3 ocasiones)	Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tabasco	Tabasco	Conferencia en línea	Derechos y deberes de los policías y el uso de la fuerza y las armas de fuego	Personal de la Dirección de Seguridad Pública Municipal
11, 12, 25 y 26-jun (6 ocasiones)	Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tabasco	Tabasco	Curso	El uso de la fuerza y de las armas de fuego	Agentes de la Policía Municipal
11, 12, 25 y 26-jun (6 ocasiones)	Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tabasco	Tabasco	Curso	Los derechos y deberes de los policías	Agentes de la Policía Municipal
18 y 19-jun (3 ocasiones)	Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tabasco	Tabasco	Curso	Los derechos y deberes de los policías y el uso de las armas de fuego	Policías preventivos municipales

Servidores públicos (procuración de justicia)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
4-jun	Procuraduría General de la República	Distrito Federal	Curso	Derechos Humanos de los grupos vulnerables	Servidores públicos
4, 5, 6 y 7-jun (12 ocasiones)	Procuraduría General de Justicia de Nuevo León	Nuevo León	Curso	Los tratados internacionales y su relevancia en el marco de la reforma constitucional en materia de Derechos Humanos de 2011	Servidores públicos
11-jun	Procuraduría General de la República	Distrito Federal	Curso	Grupos en situación de vulnerabilidad y equidad y perspectiva de género	Servidores públicos
11, 12, 13, 14, 18, 19, 20 y 21-jun (24 ocasiones)	Procuraduría General de Justicia de Nuevo León	Nuevo León	Curso	Marco jurídico nacional e internacional para prevenir y sancionar la tortura	Servidores públicos
12-jun (2 ocasiones)	Procuraduría General de la República	Distrito Federal	Curso	Seminario Derechos Humanos de las víctimas del delito	Servidores públicos
18-jun	Procuraduría General de la República	Distrito Federal	Módulo IV	Derechos Humanos y equidad de género	Servidores públicos

Servidores públicos (salud)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
4, 13 y 18-jun (3 ocasiones)	Secretaría de Salud	Distrito Federal	Curso	Aspectos básicos de los Derechos Humanos y perspectiva de género	Servidores públicos
20-jun (2 ocasiones)	Jefatura de Servicios al Derechohabiente del ISSSTE	Morelos	Curso	Las normas oficiales mexicanas en materia de salud	Servidores públicos

Servidores públicos (Organismos Públicos de Derechos Humanos)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
3 y 17-jun (2 ocasiones)	Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Distrito Federal	Curso	Derechos de las víctimas del delito y abuso de poder	Servidores públicos
8-jun	Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango	Durango	Curso	Métodos de interpretación del derecho internacional de los Derechos Humanos	Servidores públicos

Servidores públicos (otros servidores públicos)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
5-jun	Instituto de Estudios Judiciales del Poder Judicial del Estado de Puebla	Puebla	Curso	Los instrumentos internacionales en el marco de la reforma constitucional de 2011	Servidores públicos
5-jun	Secretaría de Desarrollo Social	Distrito Federal	Curso	Aspectos básicos de Derechos Humanos	Servidores públicos

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
5-jun (2 ocasiones)	Procuraduría Federal de Protección al Ambiente	Distrito Federal	Conferencia	Aspectos básicos de Derechos Humanos	Servidores públicos
5-jun (2 ocasiones)	Procuraduría Federal de Protección al Ambiente	Varias	Conferencia en línea	Aspectos básicos de Derechos Humanos	Servidores públicos
5-jun (2 ocasiones)	Procuraduría Federal de Protección al Ambiente	Distrito Federal	Conferencia	Derechos Humanos y medio ambiente	Servidores públicos
5-jun (2 ocasiones)	Procuraduría Federal de Protección al Ambiente	Distrito Federal	Conferencia	Reforma constitucional del 2011	Servidores públicos
5-jun (2 ocasiones)	Procuraduría Federal de Protección al Ambiente	Varias	Conferencia en línea	Reforma constitucional del 2011	Servidores públicos
6-jun (2 ocasiones)	Procuraduría Federal de Protección al Ambiente	Varias	Conferencia en línea	Derechos Humanos y medio ambiente	Servidores públicos
6-jun (2 ocasiones)	Procuraduría Federal de Protección al Ambiente	Distrito Federal	Conferencia	Grupos en situación de vulnerabilidad	Servidores públicos
6-jun (2 ocasiones)	Procuraduría Federal de Protección al Ambiente	Varias	Conferencia en línea	Grupos en situación de vulnerabilidad	Servidores públicos
13, 14, 20, 21 y 27-jun (18 ocasiones)	Secretaría de Comunicaciones y Transportes	Distrito Federal	Curso	Grupos en situación de vulnerabilidad y equidad y perspectiva de género	Servidores públicos
14-jun	Instituto de Defensoría Pública del Estado de México	Estado de México	Curso	Argumentación jurídica	Servidores públicos
18-jun	Departamento de Capacitación y Desarrollo Organizacional del H. Ayuntamiento de Tlalnepantla	Estado de México	Curso	La Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos	Servidores públicos
18-jun	Procuraduría Federal de Protección al Ambiente	Distrito Federal	Conferencia en línea	Aspectos básicos de Derechos Humanos	Servidores públicos
18-jun	Procuraduría Federal de Protección al Ambiente	Distrito Federal	Conferencia en línea	Reforma constitucional del 2011	Servidores públicos
18-jun	Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales / Procuraduría Federal de Protección al Ambiente	Distrito Federal	Curso	Programa integral de educación, formación y capacitación en Derechos Humanos, Derechos Humanos y medio ambiente	Servidores públicos
19-jun	Procuraduría Federal de Protección al Ambiente	Distrito Federal	Curso	La ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos	Servidores públicos
20-jun	Procuraduría Federal de Protección al Ambiente	Distrito Federal	Conferencia en línea	Derechos Humanos y medio ambiente	Servidores públicos
20-jun	Procuraduría Federal de Protección al Ambiente	Distrito Federal	Conferencia en línea	Grupos en situación de vulnerabilidad	Servidores públicos
20-jun	Procuraduría Federal de Protección al Ambiente	Distrito Federal	Curso	Programa integral de educación, formación y capacitación en Derechos Humanos, Grupos en situación de vulnerabilidad	Servidores públicos
21-jun (2 ocasiones)	Secretaría de Comunicaciones y Transportes	Distrito Federal	Curso	Programa integral de educación, formación y capacitación en Derechos Humanos, Grupos en situación de vulnerabilidad	Servidores públicos

Organizaciones sociales (Organismos No Gubernamentales)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
5-jun	Asociación Manos que Ayudan, I. A. P.	Distrito Federal	Conferencia	Aspectos básicos de Derechos Humanos	Integrantes
5 y 6-jun (2 ocasiones)	Gente y Desarrollo, A. C.	Morelos	Conferencia	Derechos de la mujer	Integrantes
6-jun	Asociación Manos que Ayudan, I. A. P.	Distrito Federal	Conferencia	Discriminación y Derechos Humanos	Integrantes
6-jun	Mensajeros de la Paz	Distrito Federal	Conferencia	Derechos Humanos y VIH/SIDA	Integrantes
7-jun	Asociación Manos que Ayudan, I. A. P.	Distrito Federal	Curso	Naturaleza jurídica y procedimientos de queja de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Integrantes
11-jun	Unión de Organizaciones Civiles por los Derechos Humanos, A. C.	Michoacán	Curso-Taller	Equidad de género	Integrantes
11-jun	Visión Mundial, A. C.	Estado de México	Curso	Sobre los Derechos Humanos de las personas detenidas	Integrantes
13-jun	Colegio de Ciencias Políticas y Administración Pública de Tlaxcala A. C.	Tlaxcala	Curso	Seguridad pública	Integrantes
14-jun	Organización de Atención Integral Ciudadana para la Protección de Derechos Humanos, A. C.	Estado de México	Conferencia	Introducción a los Derechos Humanos	Integrantes
14-jun	World Vision México, A. C.	Estado de México	Taller	Derechos de las y los jóvenes	Integrantes
18-jun	Unión de Organizaciones Civiles por los Derechos Humanos, A. C.	Michoacán	Taller	Derechos Humanos y violencia escolar	Integrantes
20-jun	Organización de Derechos Humanos Mensajeros de la Paz, A. C.	Distrito Federal	Taller	Educación en Derechos Humanos	Integrantes
25-jun	Unión de Organizaciones Civiles por los Derechos Humanos, A. C.	Michoacán	Taller	Conferencia sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos	Integrantes
25-jun	World Vision México, A. C.	Estado de México	Taller	Violencia familiar y Derechos Humanos	Integrantes
26-jun	México es de Todos, A. C.	Estado de México	Taller	El Ejército mexicano y los Derechos Humanos	Integrantes de ONG y miembros del Ejército mexicano
27-jun	Ayudando Razón de Vida, A. C.	Estado de México	Conferencia	Derechos de las personas adultas mayores	Integrantes
27-jun	Colegio de Ciencias Políticas y Administración Pública de Tlaxcala A. C.	Tlaxcala	Taller	Derechos Humanos y la atención a adultos mayores	Integrantes
27-jun	Organización de Derechos Humanos Mensajeros de la Paz, A. C.	Distrito Federal	Taller	Formación de promotores	Integrantes
28-jun	México es de Todos, A. C.	Estado de México	Taller	Violencia familiar y Derechos Humanos	Integrantes

Educación

Participantes en las 88 actividades



Grupos en situación vulnerable

Participantes en las 12 actividades



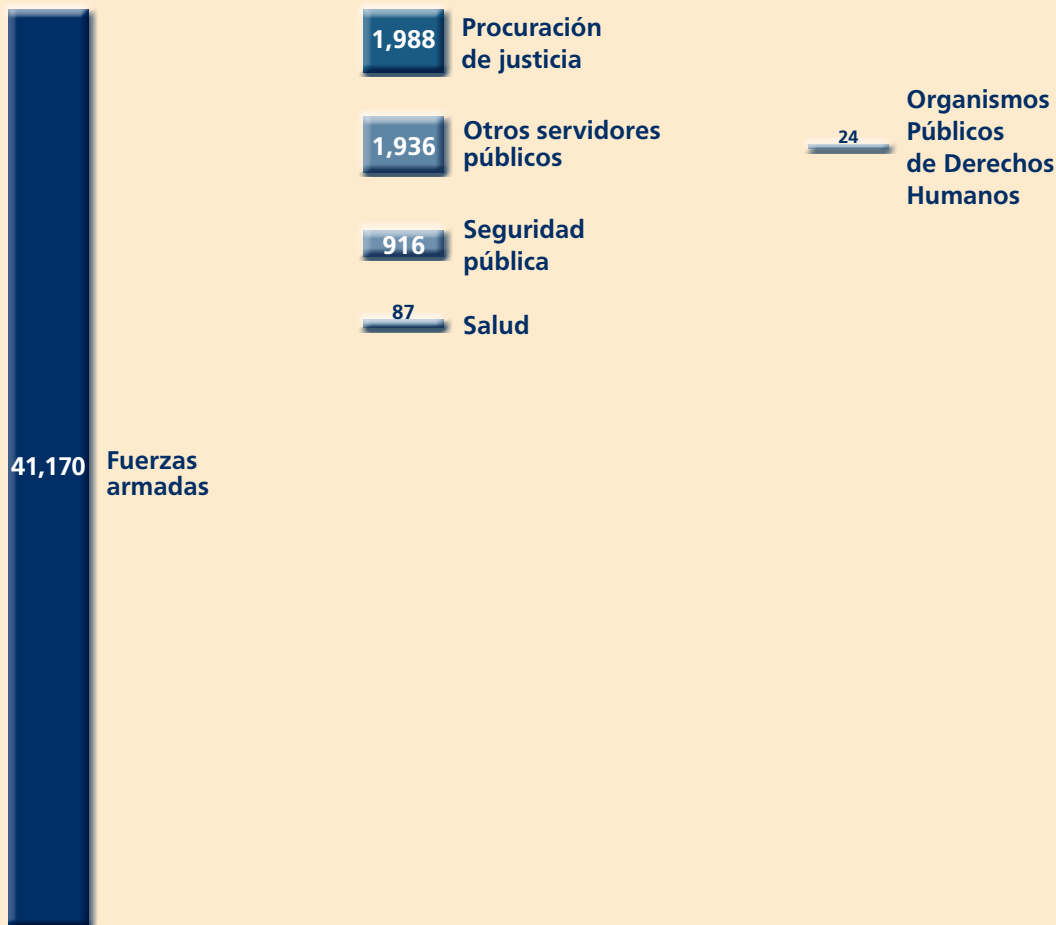
Organizaciones sociales

Participantes en las 20 actividades



Servidores públicos

Participantes en las 139 actividades



Publicaciones

A. Listado de publicaciones del mes

Material	Título	Núm. de ejemplares
Libro	<i>Gaceta número 268, noviembre 2012</i>	1,000
Libro	<i>Gaceta número 269, diciembre 2012</i>	1,000
Libro	<i>Gaceta número 270, enero 2013</i>	1,000
Libro	<i>Gaceta número 271, febrero 2013</i>	1,000
CD	<i>Gaceta número 266, septiembre 2012</i>	150
CD	<i>Gaceta número 267, octubre 2012</i>	150
CD	<i>Gaceta número 268, noviembre 2012</i>	150
CD	<i>Gaceta número 269, diciembre 2012</i>	150
Folleto	<i>Campaña de Defensa y Protección de los Derechos Humanos de las Niñas y los Niños. Niños Promotores. 2a. Fase. Manual de Aplicación</i>	2,000
Folleto	<i>Campaña Nacional para Promover la Equidad entre Mujeres y Hombres en el Hogar. Responsabilidades Familiares Compartidas. "Entre Tod@s es Mejor"</i>	4,000
Díptico	<i>Las niñas y los niños tenemos los mismos derechos. Texto recomendado para escolares de segundo y tercero de primaria. 2a. Fase</i>	60,000
Díptico	<i>Las niñas y los niños tenemos los mismos derechos. Texto recomendado para escolares de quinto y sexto de primaria. 2a. Fase</i>	60,000
Díptico	<i>Los Derechos Humanos de las mujeres</i>	42,000
Díptico	<i>Una llamada, una voz amiga</i>	50,000
Tríptico	<i>¿Qué es la Comisión Nacional de los Derechos Humanos?</i>	132,000
Tríptico	<i>Servicios médicos y derechos humanos</i>	10,000

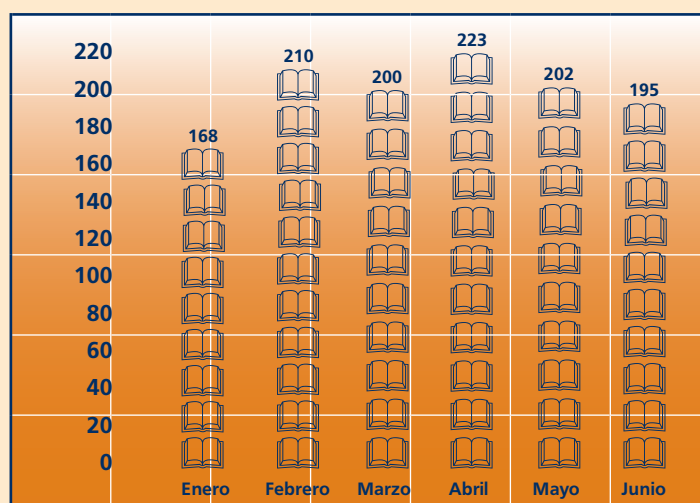
Material	Título	Núm. de ejemplares
Juego de mesa Memorama	<i>Los derechos humanos de las niñas y los niños (caja y tarjetas)</i>	100,500
Cuaderno	<i>Las mil caras de la trata de personas</i>	22,000
Cuaderno	<i>Campaña de Defensa y Protección de los Derechos Humanos de las Niñas y los Niños. Niños Promotores. Guiones para el Espacio de los Derechos de la Niñez. Segunda fase. Segundo y Tercero de primaria</i>	40,000
Cuaderno	<i>Campaña de Defensa y Protección de los Derechos Humanos de las Niñas y los Niños. Niños Promotores. Guiones para el Espacio de los Derechos de la Niñez. Segunda fase. Quinto y Sexto de primaria</i>	40,000
Tarjeta de presentación	<i>Mi nombre es importante, dirección y teléfono también</i>	30,000
Sobre	<i>Mi nombre es importante, dirección y teléfono también</i>	30,000
CD	<i>Música por los derechos de las niñas y los niños</i>	92,000
Cartel	<i>Alcances y límites de la inclusión escolar hoy en México</i>	100
Invitación	<i>Alcances y límites de la inclusión escolar hoy en México</i>	150
Cartel	<i>El principio pro persona y su aplicación en la judicatura</i>	200
Invitación	<i>El principio pro persona y su aplicación en la judicatura</i>	100
Cartel	<i>El impacto de la Reforma Constitucional en materia de Derechos Humanos de 2011 en la enseñanza del Derecho</i>	200
Invitación	<i>El impacto de la Reforma Constitucional en materia de Derechos Humanos de 2011 en la enseñanza del Derecho</i>	100
Total		719,950

B. Distribución

Material	Título	Núm. de ejemplares
Carteles	Varios títulos	1,000
Cuadrípticos	Varios títulos	41,330
Dípticos	Varios títulos	87,000
Dominós	Varios títulos	15,000
Folleto	Varios títulos	1,116
Gacetas	<i>Gaceta 252, 255, 261, 263, 266, 267, 268, 269, 270 y 271</i>	3,222
Informes	<i>2012 Informe de Actividades de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. 1 de enero al 31 de diciembre 2012. (tomo I y II)</i>	12
Libros	Varios títulos	250
Memoramas	Varios títulos	10,000
Revistas	Varios números	114
Tarjetas	Varios títulos	1,000
Tripticos	Varios títulos	223,700
Total		383,744

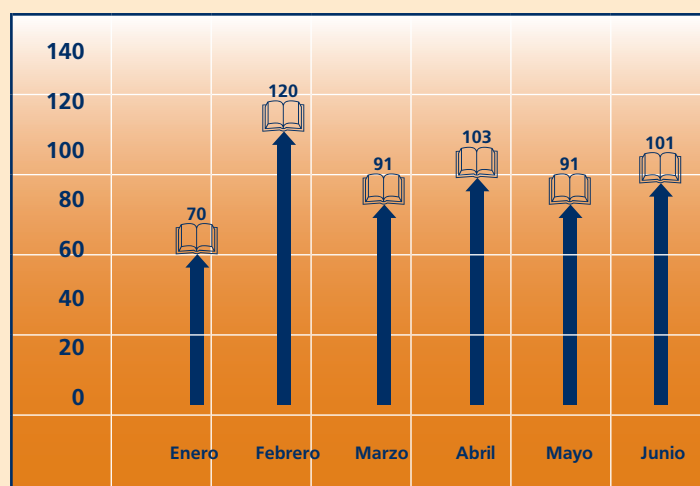
Biblioteca

A. Incremento del acervo

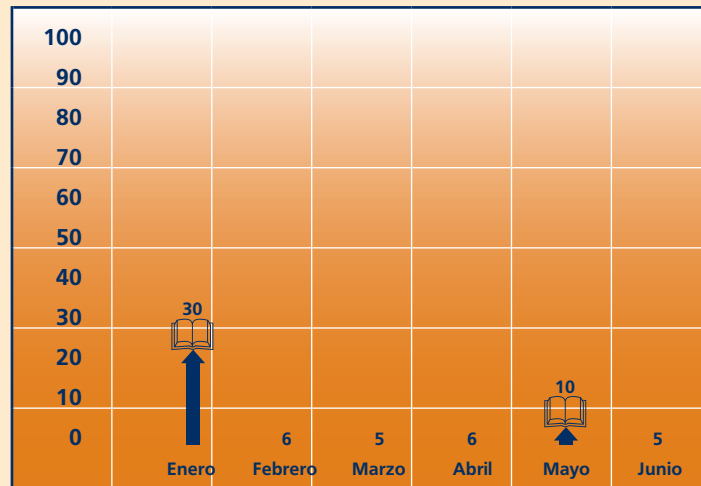


B. Compra, donación, intercambio y depósito

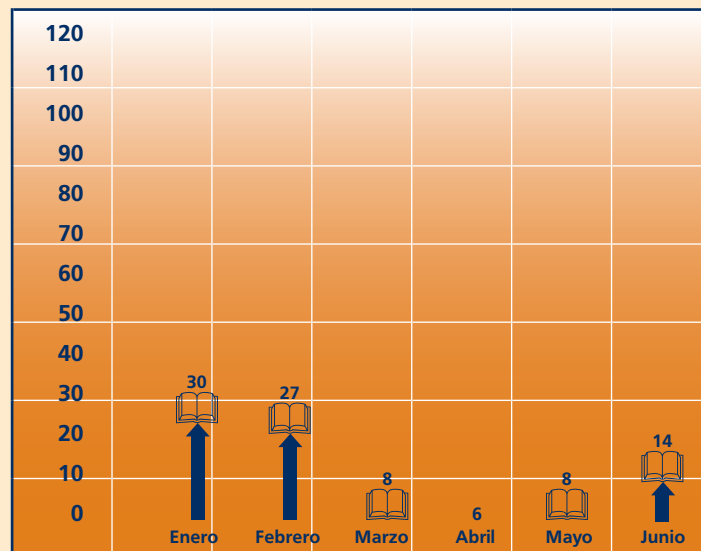
a. Compra



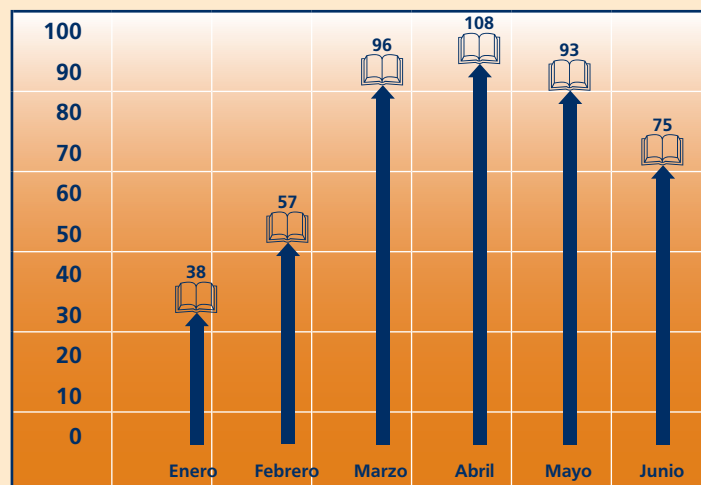
b. Donación



c. Intercambio



d. Depósito



Transparencia

A. Solicitudes de información en trámite, recibidas y contestadas

Junio	
Solicitudes de	Núm.
Información en trámite	47
Información recibidas	35
Información contestadas	46

B. Solicitudes de información contestadas en el periodo

Expediente	Área responsable	Solicitud	Descripción de la conclusión
1	Oficialía Mayor Comité de Información (clasificó)	Solicitó información diversa sobre personal de la CNDH.	Se acordó entregar la información en términos de ley No asistió
2	Quinta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó copia certificada del acuerdo de la radicación de su queja.	Se acordó entregar la información en términos de ley No pagó
3	Oficialía Mayor Comité de Información (clasificó)	Solicitó información diversa sobre personal de la CNDH.	Se acordó entregar la información en términos de ley No asistió

Expediente	Área responsable	Solicitud	Descripción de la conclusión
4	Primera Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó copias certificadas del expediente CNDH/1/2010/4290/Q.	Información proporcionada
5	Segunda Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó resultado y copias del expediente de la queja CNDH/2/2008/942/Q.	Se acordó entregar la información en términos de ley No pagó
6	Segunda Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó copia certificada del resultado del expediente de la queja CNDH/2/2008/942/Q.	Se acordó entregar la información en términos de ley No pagó
7	Quinta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó datos sobre los informes emitidos por la CNDH por secuestro de migrantes.	Información proporcionada
8	Quinta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó información sobre la cantidad de migrantes que continúan en estatus de desaparecidos o secuestrados.	Información proporcionada
9	Quinta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó información sobre la cantidad de migrantes que fueron localizados vivos o muertos.	Información proporcionada
10	Quinta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó información sobre el número de averiguaciones previas iniciadas por los 20,000 secuestros de migrantes.	Información proporcionada
11	Quinta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó, en relación a los dos informes emitidos por esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre secuestro de migrantes, los documentos que contengan información sobre el número de sentencias obtenidas.	Información proporcionada
12	Quinta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó, en relación a los dos informes emitidos por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre secuestro de migrantes, los documentos que contengan información sobre el número de procesos penales vigentes.	Información proporcionada
13	Quinta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó información sobre los procedimientos de reparación del daño para casos de delitos contra migrantes, en específico Cadereyta, Nuevo León (mayo de 2012), y San Fernando, Tamaulipas (agosto de 2010 y marzo/abril de 2011).	Información proporcionada
14	Quinta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó la versión pública del expediente integrado por la PGR que contiene la investigación relativa a la masacre de 72 migrantes de Tamaulipas, ocurrida entre el 22 y 23 de agosto de 2010.	Información proporcionada
15	Tercera Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó información sobre el estado actual de la queja tramitada con el folio 9898.	Información proporcionada en términos de ley
16	Tercera Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó información sobre el estado actual del recurso de queja tramitado con el folio 37283.	Información proporcionada en términos de ley
17	Tercera Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó información sobre el estado actual de la queja y las medidas precautorias de folio 38024.	Información proporcionada en términos de ley

Expediente	Área responsable	Solicitud	Descripción de la conclusión
18	Tercera Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó copia certificada del expediente completo CNDH/3/2013/446/R, así como copia certificada del expediente completo referente a la queja con número de folio 9898.	Información proporcionada en términos de ley
19	Secretaría Técnica del Consejo Consultivo	Solicitó una relación de ONG.	No aclaró
20	Dirección General de Planeación y Análisis Comité de Información (clasificó)	Solicitó los expedientes clasificados como reservados del último semestre, por rubros temáticos, unidad administrativa, fecha de la clasificación, fundamento y plazo de reserva.	Información proporcionada
21	Quinta Visitaduría General Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó las quejas recibidas por violaciones a Derechos Humanos de personas extranjeras de los años 2009, 2010, 2011 y 2012.	Información proporcionada
22	Unidad de Enlace de la CNDH	Solicitó expedientes 34/2012, 38/2012, 44/2009 y el caso Radilla.	No aclaró
23	Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó diversa información sobre Recomendaciones dirigidas a la Sedena y la Semar del periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2006 al 1 de diciembre de 2012.	Información proporcionada
24	Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó diversa información sobre quejas que señalen posible responsabilidad de elementos de la Sedena y la Semar.	Información proporcionada
25	Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó diversa información sobre conciliaciones del periodo comprendido del 1 de diciembre de 2006 al 1 de diciembre de 2012 que señalen responsabilidad de elementos de la Sedena y la Semar.	Información proporcionada
26	Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó diversa información sobre quejas desglosadas por tipo de violación que señalan como probable responsable a elementos de la Sedena y la Semar.	Información proporcionada
27	Quinta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó diversa información sobre cada Recomendación que emitió la Quinta Visitaduría al Instituto Nacional de Migración.	Información proporcionada
28	Quinta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó el número de Recomendaciones emitidas por esta Comisión en relación a violaciones de Derechos Humanos de personas migrantes en tránsito por México.	Información proporcionada
29	Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó diversa información estadística sobre el acoso laboral, sea de índole sexual, agresión y/o discriminación.	Información proporcionada
30	Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó información sobre cifras de quejas por diversos hechos violatorios atribuidos a funcionarios públicos adscritos a la Sedena, Semar, PGR y PFP, de 2006 a 2013 por entidad federativa.	Información proporcionada

Expediente	Unidad de Enlace de la	Solicitud	Descripción de la conclusión
31	Tercera Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó la propuesta de conciliación enviada por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos a la Secretaría de Relaciones Exteriores, dentro del expediente CNDH/3/2012/3411/Q.	Información clasificada como confidencial o reservada
32	Dirección General de Asuntos Jurídicos	Solicitó la versión pública de la acción de inconstitucionalidad 39/2012, presentada por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación.	Información proporcionada
33	Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó información sobre alguna Recomendación relacionada con exámenes que aplica el Centro de Evaluación y Control de Confianza C3.	Información proporcionada
34	Unidad de Enlace de la CNDH	Solicitó información sobre el número de Recomendaciones emitidas por desaparición hasta la fecha, así como los Derechos Humanos más violentados.	Información proporcionada
35	Unidad de Enlace de la CNDH	Solicitó información sobre las quejas que ha resuelto la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como el número de Recomendaciones que ha emitido desde su creación a la fecha.	Información proporcionada
36	Cuarta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó copias certificadas de diversos informes del expediente CNDH/4/2012/10322/Q.	Información clasificada como confidencial o reservada
37	Unidad de Enlace de la CNDH	Solicitó información sobre el fundamento o marco legal que enuncie el carácter coercitivo de las Recomendaciones de la CNDH.	Información proporcionada
38	Unidad de Enlace de la CNDH	Solicitó información sobre cómo se presenta una denuncia ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y el seguimiento que se le dio, así como su resolución.	Información proporcionada
39	Unidad de Enlace de la CNDH	Solicitó información sobre el Diagnóstico Nacional de Seguridad Penitenciaria 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010.	Información proporcionada
40	Unidad de Enlace de la CNDH	Solicitó información sobre el Órgano Interno de Control de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.	Información proporcionada
41	Tercera Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó la metodología para la evaluación del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2011.	Información proporcionada
42	Tercera Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó copia certificada de la propuesta de conciliación en el expediente número CNDH/3/2012/6253/Q, acumulado al CNDH/3/2013/2230/Q.	Información clasificada como confidencial o reservada
43	Unidad de Enlace de la CNDH	Solicitó copia simple de Acta de Diferimiento del Fallo de la Invitación Internacional a cuando menos tres personas bajo la cobertura de tratados presencial no. 113P-024-11, para la adquisición de materiales y útiles de oficina, impresión y reproducción de fecha 29 de abril de 2011.	Información proporcionada
44	Unidad de Enlace de la CNDH	Solicitó información sobre las oportunidades laborales de las personas con discapacidad, y su acceso a empresas, así como la normatividad relacionada al tema.	Información proporcionada
45	Unidad de Enlace de la CNDH	Solicitó información sobre las atribuciones de la CNDH para la investigación de presuntas violaciones a Derechos Humanos derivadas de relaciones de trabajo, así como información sobre la admisión de pruebas en el procedimiento de queja.	Información proporcionada
46	Unidad de Enlace de la CNDH	Solicitó información sobre los estados de la República que tienen defensores de oficio o públicos de la lengua indígena hablada en el respectivo estado.	Información proporcionada

C. Recursos en trámite, recibidos y resueltos

Junio	
Recursos	Núm.
En trámite	4
Recibidos	1
Resueltos	1

Solicitudes contestadas en el periodo

Expediente	Recurso	Descripción de conclusión
00000313	Se han emitido 3 Recomendaciones en el año 2010 por agravio a periodistas y solamente me enviaron los documentos que acreditan el cumplimiento de las recomendaciones de dos de ellas testar las fechas, los números de oficios, el número de mensajes de correo electrónico, el número de averiguación previa y procedimiento administrativo así como el estado que guarda es ilegal ya que no existe fundamentación alguna que señale que éstos correspondan a información confidencial.	El Órgano Revisor modificó la decisión del Comité y acordó la entrega de la información y la reclasificación de la misma. El recurrente no entregó dentro del término la ficha de depósito correspondiente al pago.

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 de Readaptación Social Varonil
2	Aguascalientes		Centro de Readaptación Social Femenil
3	Aguascalientes		Centro de Readaptación Social Varonil "El Llano"
4	Baja California	Mexicali	Centro de Readaptación Social
5	Baja California		Centro de Readaptación Social "El Hongo I"
6	Baja California		Centro de Readaptación Social "El Hongo II"
7	Baja California	Tijuana	Centro de Readaptación Social "Lic. Jorge A. Duarte Castillo"
8	Baja California Sur	La Paz	Centro de Reinserción Social
9	Baja California Sur	San José del Cabo	Centro de Reinserción Social
10	Baja California Sur	Ciudad Constitución	Centro de Reinserción Social
11	Campeche	Ciudad del Carmen	Centro de Readaptación Social
12	Campeche	San Francisco Kobén	Centro de Readaptación Social
13	Coahuila	Torreón	Centro de Readaptación Social
14	Coahuila	Saltillo	Centro de Readaptación Social Femenil
15	Coahuila	Saltillo	Centro de Readaptación Social Varonil
16	Coahuila	Piedras Negras	Centro de Readaptación Social
17	Coahuila	San Pedro	Centro de Readaptación Social

Núm.	Entidad	Municipio	Centro
18	Chiapas		Centro de Readaptación Social Núm. 4 Femenil
19	Chiapas		Centro de Readaptación Social Núm. 3 Varonil
20	Chiapas	San Cristóbal de Las Casas	Centro de Readaptación Social Núm. 5
21	Chiapas	Cintalapa	Centro Estatal de Reinserción Social de Sentenciados Núm. 14 "El Amate"
22	Chihuahua	Ciudad Juárez	Centro de Reinserción social Estatal Núm. 3 (antes Centro de Readaptación Social)
23	Chihuahua		Centro de Reinserción Social Estatal Núm. 1 Femenil
24	Chihuahua	Aguiles Serdán	Centro de Reinserción Social Estatal Núm. 1 (antes Centro de Readaptación Social "Chihuahua")
25	Chihuahua	Cauhtémoc	Centro de Readaptación Social
26	Chihuahua		Centro de Reinserción Social Estatal Núm. 2 (antes Centro de Readaptación Social Unidad de Bajo Riesgo)
27	Distrito Federal		Reclusorio Preventivo Varonil Sur
28	Distrito Federal		Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan
29	Distrito Federal		Reclusorio Preventivo Varonil Norte
30	Distrito Federal		Reclusorio Preventivo Varonil Oriente
31	Distrito Federal		Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha
32	Distrito Federal		Penitenciaría del Distrito Federal Santa Martha Acatitla
33	Distrito Federal		Cevarepsi
34	Distrito Federal		Centro de Readaptación social Varonil, Santa Martha Acatitla
35	Distrito Federal		Centro de Readaptación social Varonil, Santa Martha Acatitla (Diamante)
36	Colima	Manzanillo	Centro de Readaptación Social
37	Colima	Colima	Centro de Readaptación Social
38	Colima	Tecomán	Reclusorio Preventivo
39	Durango	Durango	Centro de Readaptación Social Núm. 1

Núm.	Entidad	Municipio	Centro
40	Durango		Centro Distrital de Readaptación Social
41	Durango		Centro Distrital de Readaptación Social
42	Jalisco	Guadalajara	Reclusorio Preventivo
43	Jalisco	Jalisco	Centro de Readaptación Social del Estado (Puente Grande)
44	Jalisco	Guadalajara	Centro Preventivo de Reclusión Femenil
45	Jalisco		Centro Integral de Justicia Regional
46	Jalisco		Centro Integral de Justicia Regional
47	San Luis Potosí		Centro de Readaptación Social
48	San Luis Potosí		Centro de Readaptación Social
49	San Luis Potosí		Centro de Readaptación Social San Luis Potosí
50	Sonora		Centro de Readaptación Social
51	Sonora	Hermosillo	Centro de Readaptación Social Núm. 1
52	Sonora	Nogales	Centro de Readaptación Social II Varonil
53	Sonora	Nogales	Centro de Readaptación Social Femenil
54	Sonora	Hermosillo	Centro de Readaptación Social II

ACTIVIDADES

GACETA 275 • JUNIO/2013 • CNDH

Actividades de la CNDH

■ Presidencia

- **Inauguración del Simposio Internacional Jornada sobre Migración, Trata de Personas y Derechos Humanos**

El 4 de junio, el doctor Raúl Plascencia Villanueva inauguró el simposio Jornada sobre Migración, Trata de Personas y Derechos Humanos, organizado por la CNDH y la Fundación Ciudadanía y Valores. En el acto solemne, realizado en las instalaciones de la Comisión en el Centro Histórico del Distrito Federal, el *Ombudsman* urgió a desterrar las actitudes de indiferencia y tolerancia que aún subsisten y acabar con la impunidad que permite las violaciones a los derechos de los migrantes y fomenta la comisión de delitos como la trata de personas.

- **Participación en el Foro Internacional sobre Desapariciones Forzadas e Involuntarias en México**

El 5 de junio, el *Ombudsman* nacional participó en el Foro Internacional sobre Desapariciones Forzadas e Involuntarias en México, realizado en la ciudad de Saltillo, Coahuila. En su intervención reiteró el compromiso de la CNDH de trabajar en estrecha colaboración y coordinación institucional para establecer políticas públicas de prevención de ese delito de lesa humanidad. Asimismo, invitó a la sociedad y al Estado mexicano a diseñar programas de acción conjunta para hacer efectivos los derechos a la verdad y la justicia.

- **Suscripción de un convenio de colaboración entre la CNDH, la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila y organizaciones de la sociedad civil de esa entidad**

El 5 de junio, el *Ombudsman* nacional suscribió un convenio de colaboración entre la CNDH, la Comisión de Derechos Humanos estatal y organizaciones de la sociedad civil de Coahuila. El doctor Raúl Plascencia Villanueva señaló que es necesaria la aportación de todos para la construcción de una cultura de los Derechos Humanos que promueva un modo de vida en el que prevalezca la aplicación de la ley y en el que nadie se coloque por encima de ella. Dijo también que se debe modificar la conciencia y los hábitos de convivencia de la sociedad mexicana, para que el respeto a los derechos de los demás, la tolerancia ante quien es diferente y

el encuentro y la solidaridad con todos reemplacen a la desconfianza, la confrontación y la violencia.

- **Firma de convenios de colaboración entre la CNDH, la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila y los Poderes Legislativo y Judicial de esa entidad**

El 5 de junio, el doctor Raúl Plascencia Villanueva rubricó en la ciudad de Saltillo varios convenios de colaboración con la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila y los poderes Legislativo y Judicial locales. En el acto solemne, el *Ombudsman* nacional subrayó que es de la mayor relevancia construir una cultura de la legalidad que sea común para los servidores públicos y los ciudadanos, basada en una conciencia reflexiva de las obligaciones de los ciudadanos con sus semejantes y frente al Estado y en una apropiación vivencial profunda de los Derechos Humanos.

- **Firma de convenios de colaboración entre la CNDH, el Poder Ejecutivo del estado de Coahuila y 38 municipios de esa entidad**

El 5 de junio, el doctor Raúl Plascencia Villanueva firmó en la ciudad de Saltillo diversos convenios de colaboración con el Poder Ejecutivo de Coahuila y los 38 municipios de ese estado. El titular de la CNDH señaló durante la ceremonia que las leyes son insuficientes para alcanzar una democracia de calidad si no se acompañan de un fuerte impulso en la educación. Destacó que las acciones de enseñanza constituyen la herramienta más efectiva para cerrar el paso al autoritarismo, la desigualdad y la intolerancia, y que sólo con la más amplia difusión y capacitación será posible que en México se cumpla el Estado de Derecho.

- **Suscripción de un convenio de colaboración entre la CNDH y la Secretaría de Gobernación**

El 6 de junio, el presidente de la CNDH rubricó en la ciudad de México un convenio de colaboración entre esa Comisión y la Secretaría de Gobernación, representada por su titular, el licenciado Miguel Ángel Osorio Chong. El objetivo del acuerdo fue emprender acciones en favor del Estado de Derecho y el respeto a la dignidad de todos los habitantes de México. La ceremonia solemne, realizada en la fecha conmemorativa del vigesimotercer aniversario de la creación de la CNDH, contó con la presencia de testigos especiales, como Manuel Mondragón y Kalb, Comisionado Nacional de Seguridad; Lía Limón García, subsecretaria de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos de la Secretaría de Gobernación, y Angélica de la Peña Gómez, senadora y presidenta de la Comisión de Derechos Humanos del Senado, entre otros servidores públicos y miembros de la sociedad civil.

- **Asistencia a la inauguración del 5o. Congreso Mundial contra la Pena de Muerte**

El 12 de junio, el presidente de la CNDH asistió como invitado especial a la inauguración del 5o. Congreso Mundial contra la Pena de Muerte, realizado en Madrid, España. También participaron el director general de la asociación Juntos contra la Pena de Muerte, varios ministros de Estado e integrantes de ONG que luchan por la abolición de la pena de muerte en todo el mundo.

- **Participación en el Taller “Familias de las Víctimas: una Red de Acción Internacional”, del 5o. Congreso Mundial contra la Pena de Muerte**

El 14 de junio, el *Ombudsman* nacional participó en la apertura del taller “Familias de las víctimas: una red de acción internacional”, realizada en las instalaciones del Palacio Municipal de Congresos de Madrid, España, en el marco del 5o. Congreso Mundial contra la Pena de Muerte. El doctor Raúl Plascencia Villanueva reafirmó su oposición absoluta a la aplicación de la pena de muerte y declaró que continuará defendiendo, frente a los gobiernos extranjeros que recurren a esa práctica, el derecho de las personas a la vida. También reiteró el compromiso de la Comisión de establecer vínculos con instituciones internacionales y ONG que contribuyan a abrir debates internacionales con el propósito de erradicar la pena de muerte.

- **Inauguración de la exposición fotográfica “Lo más importante”, en el marco del Día Mundial de las Personas Refugiadas**

El 18 de junio, el presidente de la CNDH inauguró en las instalaciones de la Comisión en el Centro Histórico de la ciudad de México la exposición fotográfica “Lo más importante”, con la que ese organismo y la oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados conmemoraron el Día Mundial de las Personas Refugiadas. Ahí el doctor Raúl Plascencia Villanueva reflexionó sobre el resultado artístico de las fotografías y la capacidad de los autores para transmitir un mensaje humanitario que induzca al espectador a reflexionar sobre el compromiso social y valor civil de los fotógrafos, y sobre la necesidad de sumar esfuerzos para eliminar las condiciones que llevan a las personas a abandonar su país y pedir refugio.

- **Firma de un convenio de colaboración entre la CNDH y la organización Médicos Sin Fronteras**

El 19 de junio, el presidente de la Comisión rubricó un convenio de colaboración con Médicos Sin Fronteras orientado a potenciar sus actividades cotidianas. En la ceremonia de firma del acuerdo, el *Ombudsman* nacional dijo estar seguro de que sólo se puede avanzar con la suma de esfuerzos y voluntades. Asimismo, comentó que la Comisión cuenta con médicos forenses, psiquiatras y criminalistas expertos que atienden a las víctimas del delito y del abuso del poder e intervienen en las investigaciones correspondientes, con quienes los miembros de la organización civil podrán sostener un fructífero intercambio de información y aprendizajes.

- **Participación en el seminario internacional Los Derechos Humanos a 65 años de la Declaración Universal y 20 años de la Conferencia de Viena**

El 20 de junio, el titular de la CNDH participó en la ciudad de Mérida, Yucatán, en el seminario internacional Los Derechos Humanos a 65 años de la Declaración Universal y 20 años de la Conferencia de Viena. Durante su intervención, el *Ombudsman* nacional expresó su deseo de que el seminario sirva para celebrar las voces que han permitido a la humanidad declarar la universalidad de sus derechos y la necesidad de cumplirlos como condición ineludible para alcanzar el respeto a la dignidad de las personas, la sustentabilidad de las futuras generaciones y la paz mundial.

- **Inauguración del foro “Justicia, seguridad y prevención de la violencia contra las mujeres para proteger sus Derechos Humanos”**

El 21 de junio, el doctor Raúl Plascencia Villanueva viajó a la ciudad de Campeche, Campeche, para inaugurar el foro “Justicia, seguridad y prevención de la violencia contra las mujeres para proteger sus Derechos Humanos”. El *Ombudsman* nacional expresó en su discurso que resulta imperioso garantizar la igualdad entre las mujeres y los hombres y evitar que se reproduzca la violencia hacia ellas. También reconoció el trabajo de miles de mujeres que luchan en todo el mundo para alcanzar la igualdad y una vida libre de violencia.

- **Suscripción de un convenio de colaboración entre la CNDH y el Poder Ejecutivo del estado de Campeche**

El 21 de junio, el *Ombudsman* nacional suscribió en la ciudad de Campeche un convenio general de colaboración entre la CNDH y el Poder Ejecutivo de esa entidad, que rubricó el titular del gobierno estatal, el licenciado Fernando Ortega Bernés. Al término de la firma del convenio, el doctor Raúl Plascencia Villanueva se comprometió a seguir impulsando el tema de la igualdad entre hombres y mujeres hasta lograr que ésta sea una realidad y se elimine por completo toda forma de violencia.

- **Firma de diversos convenios entre la CNDH y los 11 ayuntamientos del estado de Campeche**

El día 21 de junio, el doctor Raúl Plascencia Villanueva firmó diversos convenios con los titulares de los 11 ayuntamientos que conforman el estado de Campeche, en el marco del Pacto Municipalista de los Derechos Humanos que promovió durante su gira de trabajo en ese estado. En el evento, el *Ombudsman* nacional explicó que la mejor manera de lograr que se respeten los Derechos Humanos es conociéndolos y que los convenios firmados aprovechan el dinamismo mostrado por los campechanos para profundizar en la capacitación y difusión de esos derechos entre los servidores públicos de la administración municipal. Asimismo, insistió en que la capacitación y profesionalización de los servidores públicos son los instrumentos más eficaces para construir un México en el que sólo la Constitución y las leyes guíen a todos por igual.

- **Suscripción de un convenio de colaboración entre la CNDH y el Instituto Mexicano del Seguro Social**

El 24 de junio, el presidente de la CNDH suscribió un convenio de colaboración entre la Comisión y el Instituto Mexicano del Seguro Social para impartir actividades de capacitación, formación y sensibilización en materia de Derechos Humanos tanto a los servidores públicos como a los derechohabientes de dicho instituto. En la ceremonia de firma, el doctor Raúl Plascencia Villanueva subrayó que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce a toda persona el derecho a la protección de la salud y declara de utilidad pública la Ley del Seguro Social, ordenando que ésta comprenda los seguros de invalidez, vejez, vida, cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y respaldo de los trabajadores.

- **Presentación del “Informe especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre mujeres en reclusión”**

El 25 de junio, el *Ombudsman* nacional presentó el “Informe especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre mujeres en reclusión”, investigación que confirma que las acciones y tendencias de la planeación y uso de los espacios penitenciarios en México no consideran de manera específica y clara la situación de las mujeres, a fin de garantizarles una estancia digna, segura y separada de los hombres, como establece la Constitución.

- **Presentación de la campaña “El Plan es Tener un Plan”**

El 25 de junio, el titular de la CNDH presidió la presentación de la campaña “El Plan es Tener un Plan”, realizada en las instalaciones del Museo Memoria y Tolerancia, en el Centro Histórico de la capital del país. El *Ombudsman* nacional subrayó ahí que los migrantes mexicanos que viven en Estados Unidos de América y los migrantes extranjeros que residen o transitan por México no están solos. Asimismo, señaló que la Comisión trabaja para brindarles atención y asesoría jurídica adecuadas en caso de sufrir violaciones a sus derechos.

- **Asistencia a la presentación del “Informe sobre la situación de las y los defensores de Derechos Humanos en México” de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos**

El 26 de junio, el presidente de la CNDH asistió a la presentación del “Informe sobre la situación de las y los defensores de Derechos Humanos en México”, de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, realizada en el Centro de Cultura Casa Lamm, en la ciudad de México. El *Ombudsman* subrayó que la sociedad y el gobierno deben atesorar y valorar el trabajo diario de los defensores de los Derechos Humanos, y que es obligación de todos protegerlos para que puedan desarrollar sus actividades en completa libertad y seguridad, tal como exige la vida en democracia.

- **Firma de un convenio de colaboración entre la CNDH y el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje**

El 26 de junio, el *Ombudsman* nacional firmó un convenio de colaboración entre la CNDH y el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje, documento que rubricó el doctor Álvaro Castro Estrada, titular de dicho Tribunal. El doctor Raúl Plascencia Villanueva señaló que el documento está orientado a la capacitación en materia de Derechos Humanos de los integrantes del Tribunal y que permitirá sumar esfuerzos para la observancia de las normas que protegen los Derechos Humanos en el ámbito de las relaciones laborales.

- **Impartición de la conferencia magistral “La reforma constitucional del 10 de junio de 2011 en materia de Derechos Humanos”, por el quincuagésimo aniversario del Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje**

El 26 de junio, el *Ombudsman* nacional impartió la conferencia magistral “La Reforma Constitucional del 10 de junio de 2011 en materia de Derechos Humanos”, en el marco del ciclo

de conferencias por el quincuagésimo aniversario del Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje que tuvo lugar en las instalaciones del Tribunal en el Distrito Federal.

- **Entrega de convenios de colaboración y constancias de registro de ONG**

El 27 de junio, el doctor Raúl Plascencia Villanueva entregó en Tijuana diversos convenios de colaboración y constancias de registro a representantes de ONG del estado de Baja California. En la ceremonia, el *Ombudsman* refrendó el compromiso de la Comisión de trabajar hombro con hombro con esas organizaciones, pues se está plenamente consciente del valor de su esfuerzo y la importancia de su trabajo para las comunidades y los grupos atendidos.

- **Impartición de la conferencia magistral “Los Derechos Humanos del ciudadano común frente a los medios”, en la celebración del XV Aniversario de la Red Social de Tijuana y de la entrega del Premio Estatal al Altruismo**

El 27 de junio, el doctor Raúl Plascencia Villanueva dictó la conferencia magistral “Los Derechos Humanos del ciudadano común frente a los medios” en las instalaciones del Centro Cultural Tijuana, en el marco de la celebración del XV aniversario de la Red Social de Tijuana y de la entrega del Premio Estatal al Altruismo.

■ 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

- **1. Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura**

Del 20 al 24 de mayo de 2013 (*Gaceta* de mayo de 2013), con objeto de corroborar los avances de cumplimiento de los Informes 3/2012 y 4/2012, se visitaron diversos lugares de detención e internamiento dependientes de los ayuntamientos y del gobierno del estado de Hidalgo. Derivado de lo anterior, el 26 de junio de 2013 se dio por concluido el seguimiento de los mencionados Informes, de los cuales se desprende que:

En el Informe 3/2013, sobre lugares de detención bajo la jurisdicción de los H. Ayuntamientos de esa entidad, de las 224 irregularidades detectadas inicialmente, 33 fueron atendidas, cinco presentaban avances y 186 quedaron pendientes.

En el informe 4/2012, dirigido al Gobierno del Estado de Hidalgo, del total de 221 irregularidades, 30 fueron atendidas, ocho presentan avances encaminadas a su atención y 183 aún persisten.

• **2. Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2013**

<i>Lugares y fechas:</i>		
3 al 8 de junio	Campeche	Ciudad del Carmen, San Francisco Kobén
	Baja California	Tijuana, Tecate
	Chiapas	Cintalapa, Tapachula, San Cristóbal de Las Casas
	Chihuahua	Chihuahua, Ciudad Juárez, Aquiles Serdán, Cuauhtémoc
3 al 19 de junio	Distrito Federal	Iztapalapa, Xochimilco, Tlalpan, Gustavo A. Madero
10 al 14 de junio	Colima	Colima, Manzanillo, Tecomán
	Durango	Durango, Santiago Papasquiaro, Ciudad de Pueblo Nuevo
	Coahuila	Piedras Negras, Saltillo, Torreón, San Pedro
	Baja California Sur	La Paz, Ciudad Constitución, San José del Cabo
17 al 22 de junio	Aguascalientes	Aguascalientes, El Llano
	San Luis Potosí	San Luis Potosí, Tamazunchale, Rioverde
	Jalisco	Guadalajara, Puerto Vallarta, El Salto
	Sonora	Hermosillo, Ciudad Obregón, Nogales

Del 3 al 22 de junio de 2013 se llevó a cabo la aplicación del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2013 a 54 centros penitenciarios, en los cuales, al momento de la visita, se encontraron alojados 105,271 internos, tal y como se describe a continuación:

<i>Entidad</i>	<i>Centro penitenciario</i>	<i>Población</i>		<i>Total</i>
		<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	
Aguascalientes	1. Centro de Readaptación Social Varonil	813	0	813
	2. Centro de Readaptación Social Femenil	0	93	93
	3. Centro de Readaptación Social Varonil "El Llano"	514	0	514
Baja California	4. Centro de Readaptación Social Mexicali	2,748	215	2,963
	5. Centro de Readaptación Social "El Hongo I"	4,162	0	4,162
	6. Centro de Readaptación Social "El Hongo II"	980	0	980
	7. Centro de Readaptación Social "Lic. Jorge A. Duarte Castillo", Tijuana	6,516	498	7,014
Baja California Sur	8. Centro de Reinserción Social La Paz	703	49	752
	9. Centro de Reinserción Social San José del Cabo	518	0	518
	10. Centro de Reinserción Social Ciudad Constitución	120	6	126
Campeche	11. Centro de Readaptación Social Ciudad del Carmen	188	9	197
	12. Centro de Readaptación Social San Francisco Kobén	1,128	59	1,187

Entidad	Centro penitenciario	Población		Total
		Hombres	Mujeres	
Coahuila	13. Centro de Readaptación Social de Torreón	543	25	568
	14. Centro de Readaptación Social Saltillo Femenil	0	47	47
	15. Centro de Readaptación Social Saltillo Varonil	794	0	794
	16. Centro de Readaptación Social Piedras Negras	614	23	637
	17. Centro de Readaptación Social de San Pedro	100	5	105
Chiapas	18. Centro de Readaptación Social Núm. 4 Tapachula Femenil	0	97	97
	19. Centro de Readaptación Social Núm. 3 Tapachula Varonil	1,360	0	1,360
	20. Centro de Readaptación Social Núm. 5 San Cristóbal de Las Casas	445	50	495
	21. Centro Estatal de Reinserción Social de Sentenciados Núm. 14 Cintalapa "El Amate"	2,224	238	2,462
Chihuahua	22. Centro de Reinserción Social Estatal Núm. 3 (antes Centro de Readaptación Social de Ciudad Juárez)	2,898	246	3,144
	23. Centro de Reinserción Social Estatal No. 1 FEMENIL	0	118	118
	24. Centro de Reinserción Social Estatal Núm. 1 (antes Centro de Readaptación Social "Chihuahua" (Aguiles Serdán))	2,317	0	2,317
	25. Centro de Readaptación Social Cuauhtémoc	277	0	277
	26. Centro de Reinserción Social Estatal Núm. 2 (antes Centro de Readaptación Social Unidad de Bajo Riesgo)	645	0	645
Distrito Federal	27. Reclusorio Preventivo Varonil Sur	8,346	0	8,346
	28. Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan	0	303	303
	29. Reclusorio Preventivo Varonil Norte	12,346	0	12,346
	30. Reclusorio Preventivo Varonil Oriente	12,523	0	12,523
	31. Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha	0	1,678	1,678
	32. Penitenciaría del Distrito Federal Santa Martha Acatitla	2,802	0	2,802
	33. Cevarepsi	378	0	378
	34. Centro de Readaptación Social Varonil Santa Marta Acatitla	1,812	0	1,812
	35. Centro de Readaptación social Varonil Santa Marta Acatitla (Diamante)	394	0	394

Entidad	Centro penitenciario	Población		Total
		Hombres	Mujeres	
Colima	36. Centro de Readaptación Social Manzanillo	721	2	723
	37. Centro de Readaptación Social Colima	2,021	141	2,162
	38. Reclusorio Preventivo Tecomán	323	0	323
Durango	39. Centro de Readaptación Social Núm. 1 Durango	2,238	123	2,361
	40. Centro Distrital de Readaptación Social el Salto Pueblo Nuevo	65	3	68
	41. Centro Distrital de Readaptación Social Santiago Papasquiaro	104	2	106
Jalisco	42. Reclusorio Preventivo de Guadalajara	7,200	0	7,200
	43. Centro de Readaptación Social del Estado de Jalisco (Puente Grande)	5,848	0	5,848
	44. Centro Preventivo de Reclusión Femenil de Guadalajara	0	486	486
	45. Centro Integral de Justicia Regional Puerto Vallarta	847	36	883
	46. Centro Integral de Justicia Regional "Ciudad Guzmán"	951	25	976
San Luis Potosí	47. Centro de Readaptación Social Tamazunchale	181	7	188
	48. Centro de Readaptación Social Río Verde	334	9	343
	49. Centro de Readaptación Social San Luis Potosí, La Pila	1,586	86	1,672
Sonora	50. Centro de Readaptación Social Ciudad Obregón	1,876	76	1,952
	51. Centro de Readaptación Social Hermosillo 1	4,373	141	4,514
	52. Centro de Readaptación Social Nogales II Varonil	1,659	0	1,659
	53. Centro de Readaptación Social Nogales Femenil	0	93	93
	54. Centro de Readaptación Social Hermosillo II	747	0	747
Total		100,282	4,989	105,271

Por otro lado, es de suma importancia que los servidores públicos dependientes de los Organismos Locales de Protección a los Derechos Humanos cuenten con la capacitación necesaria sobre la metodología de aplicación de instrumentos que integran la Guía Nacional de Supervisión Penitenciaria, para lo cual personal de este Organismo Nacional se dio a la tarea de impartir un total de 12 cursos de actualización en Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Jalisco, San Luis Potosí y Sonora sobre los resultados del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria (DNSP 2011) y la aplicación del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2013, mismos que se detallan a continuación:

Núm.	Entidad	Organismo	Personal capacitado		Total
			Mujeres	Hombres	
1.	Aguascalientes	Comisión Estatal de Derechos Humanos de Aguascalientes	0	5	5
2.	Baja California	Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana	2	1	3
3.	Baja California Sur	Comisión Estatal de Derechos Humanos	4	4	8
4.	Campeche	Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche	0	5	5
5.	Chiapas	Consejo Estatal de los Derechos Humanos	2	2	4
6.	Chihuahua	Comisión Estatal de Derechos Humanos de Chihuahua	1	2	3
7.	Coahuila	Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila	3	3	6
8.	Colima	Comisión de Derechos Humanos del Estado de Colima	2	12	14
9.	Durango	Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Durango	2	4	6
10.	Jalisco	Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Jalisco	1	5	6
11.	San Luis Potosí	Comisión Estatal de los Derechos Humanos de San Luis Potosí	3	9	12
12.	Sonora	Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sonora	5	10	15
Total			25	62	87

A efectos de contribuir a la formación de una cultura del respeto a los Derechos Humanos de las personas bajo cualquier forma de detención o prisión, durante junio de 2013 se distribuyó el siguiente material en los diferentes lugares de detención visitados:

Formato	Título	Cantidad
Tríptico	<i>Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura</i>	2,850
Tríptico	<i>Derechos Humanos de los visitantes a centros de reclusión</i>	900
Total		3,750

■ 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 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.

A continuación se resumen las actividades que en materia de divulgación y promoción se desarrollaron durante junio:

- 5 de junio, se impartió el taller “Responsabilidad de los servidores públicos y Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” en el Centro Estatal de Lenguas y Culturas Indígenas de Pachuca, Hidalgo, al que asistieron 20 servidores públicos.
- 6 de junio, se presentó la conferencia “Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” en la comunidad Navojoa, Sonora, frente a 23 indígenas mayos.
- 10 de junio, se ofreció la plática “Los Derechos Humanos de la niñez indígena” en la comunidad Mesa del Tirador, Bolaños, Jalisco, a la que asistieron 24 niños de primaria.
- 10 de junio, se realizó la plática “Los Derechos Humanos de la niñez indígena” en la comunidad Mesa del Tirador, Bolaños, Jalisco, a la que asistieron 29 niños de primaria.
- 10 de junio, se brindó una plática intitulada “Los Derechos Humanos de la niñez indígena” en la comunidad Mesa del Tirador, Bolaños, Jalisco, a 31 niños de primaria.
- 10 de junio, se ofreció la plática “Los Derechos Humanos de la niñez indígena” en la comunidad Mesa del Tirador, Bolaños, Jalisco, a la que asistieron 21 niños de primaria.
- 10 de junio, se llevó a cabo una plática sobre “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” en la comunidad Mesa del Tirador, Bolaños, Jalisco; a ella asistieron 20 estudiantes del Centro de Educación Superior a Distancia núm. 48.
- 10 de junio, se impartió la charla “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” en la comunidad Mesa del Tirador, Bolaños, Jalisco; asistieron 25 estudiantes del Centro de Educación Superior a Distancia núm. 48.
- 10 de junio, se brindó la plática “Los Derechos Humanos de la niñez indígena” a 31 niños de primaria en la comunidad Mesa del Tirador, Bolaños, Jalisco.
- 10 de junio, se realizó la plática “Los Derechos Humanos de la Niñez Indígena” en la comunidad Mesa del Tirador, Bolaños, Jalisco, a la que asistieron 25 niños de primaria.
- 10 de junio, se dictó la charla “Los Derechos Humanos de la niñez indígena” en la comunidad Mesa del Tirador, Bolaños, Jalisco; asistieron 23 niños de primaria.
- 10 de junio, se realizó la plática “Los Derechos Humanos de la niñez indígena” en la comunidad Mesa del Tirador, Bolaños, Jalisco, a la que asistieron 19 niños de primaria.
- 10 de junio, se impartió el taller “Los Derechos Humanos de las mujeres Indígenas” en la comunidad Mesa del Tirador, Bolaños, Jalisco; asistieron 52 mujeres de la comunidad.
- 10 de junio, se impartió el taller “Los Derechos Humanos de las mujeres indígenas” en la comunidad Tuxpan de Bolaños, Bolaños, Jalisco, a 66 mujeres de la comunidad.
- 10 de junio, se realizó la plática “Los Derechos Humanos de la niñez indígena” en la comunidad Mesa del Tirador, Bolaños, Jalisco, a la que asistieron 24 niños de primaria.

- 10 de junio, se impartió la charla “Los Derechos Humanos de la niñez indígena” en la comunidad Mesa del Tirador, Bolaños, Jalisco, a la que asistieron 32 niños de primaria.
- 10 de junio, tuvo lugar la plática “Los Derechos Humanos de la niñez indígena” en la comunidad Mesa del Tirador, Bolaños, Jalisco, frente a 32 niños de primaria.
- 10 de junio, se impartió la charla “Los Derechos Humanos de la niñez indígena” en la comunidad Mesa del Tirador, Bolaños, Jalisco, a la que asistieron 22 niños de primaria.
- 10 de junio, se realizó la plática “Los Derechos Humanos de la niñez indígena” en la comunidad Mesa del Tirador, Bolaños, Jalisco; asistieron 21 niños de primaria.
- 11 de junio, se llevó a cabo la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” en la comunidad Mesa del Tirador, Bolaños, Jalisco, con 37 estudiantes de telesecundaria.
- 11 de junio, se impartió la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” en la comunidad Tuxpan de Bolaños, Bolaños, Jalisco, a 28 estudiantes de telesecundaria.
- 11 de junio, se realizó la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” en la comunidad Tuxpan de Bolaños, Bolaños, Jalisco, con 29 estudiantes de telesecundaria.
- 11 de junio, se trabajó el tema “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas”, en la comunidad Tuxpan de Bolaños, Bolaños, Jalisco, con 30 estudiantes de telesecundaria.
- 11 de junio, se realizó la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” en la comunidad Mesa del Tirador, Bolaños, Jalisco, a la que asistieron 35 estudiantes de telesecundaria.
- 11 de junio, se impartió la charla “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” en la comunidad Tuxpan de Bolaños, Bolaños, Jalisco, frente a 23 estudiantes de telesecundaria.
- 11 de junio, se trabajó el tema “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” en la comunidad Tuxpan de Bolaños, Bolaños, Jalisco, con 22 estudiantes de telesecundaria.
- 11 de junio, se impartió la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” en la comunidad Tuxpan de Bolaños, Bolaños, Jalisco, a 21 estudiantes de telesecundaria.
- 11 de junio, se sostuvo la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” en la comunidad Tuxpan de Bolaños, Bolaños, Jalisco, con 23 estudiantes de telesecundaria.
- 11 de junio, se impartió el taller sobre “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” en la comunidad Mesa del Tirador, Bolaños, Jalisco, al que asistieron 36 estudiantes de telesecundaria.
- 11 de junio, se trabajó el tema “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” en la comunidad Tuxpan de Bolaños, Bolaños, Jalisco, a la que asistieron 24 estudiantes de telesecundaria.
- 11 de junio, se llevó a cabo la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” en la comunidad Tuxpan de Bolaños, Bolaños, Jalisco, con 24 estudiantes de telesecundaria.
- 11 de junio, se sostuvo la charla “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” en la comunidad Tuxpan de Bolaños, Bolaños, Jalisco, con 23 estudiantes de telesecundaria.
- 12 de junio, se impartió el taller “Derechos Humanos” en el Centro Estatal de Lenguas y Cultura Indígenas de Pachuca, Hidalgo, al que asistieron 27 servidores públicos.
- 24 de junio, se sostuvo la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” con 31 servidores públicos, en la Comisión de Defensa de los Derechos Humanos del estado de Guerrero.

- 25 de junio, se trabajó el tema “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” con 177 oficiales de policía, en el Instituto Universitario de Ciencias Policiales de Chilpancingo, Guerrero.
- 26 de junio, se ofreció la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” en la Facultad de Derecho de Monterrey, Nuevo León, a la que asistieron 7 estudiantes.
- 26 de junio, se llevó a cabo la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” en la Universidad Metropolitana de Monterrey, Nuevo León; asistieron 37 estudiantes.
- 27 de junio, se ofreció la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” en el Centro de Estudios sobre la Enseñanza y el Aprendizaje del Derecho, A.C., de Monterrey, Nuevo León; asistieron 39 estudiantes.
- 27 de junio, se brindó la plática “Los Derechos Humanos de los pueblos y comunidades indígenas” a 45 estudiantes, en la Universidad Metropolitana de Monterrey, Nuevo León.
- 29 de junio, se impartió el curso “Los pueblos indígenas y sus Derechos Humanos”, en Campeche, Campeche; asistieron 31 estudiantes de nivel superior.

PROGRAMA DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE INDÍGENAS EN RECLUSIÓN

Se visitaron diversos centros de reinserción social con población indígena; las actividades realizadas se reflejan en el siguiente cuadro:

Entidad federativa	Fecha (junio)	Nombre del Cereso	Orientaciones	Peticiones	Internos entrevistados
Distrito Federal	3	Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla	26	21	26
Oaxaca	6 y 7	Centro de Internamiento de Tlaxiaco	23	0	23
Morelos	13	Centro de Reinserción Social Morelos (área femenil)	1	1	1
Guanajuato	14	Centro Estatal de Prevención y Reinserción Social de San Miguel de Allende	1	1	1
Colima	17	Centro de Readaptación Social en Manzanillo	3	2	3
Sinaloa	21	Centro de Ejecución de las Consecuencias Jurídicas del Delito de Culiacán	4	4	4
Totales			58	29	58

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

A continuación se describen las 22 actividades de capacitación realizadas durante junio de 2013, las cuales contaron con un total de 1,506 asistentes, 917 mujeres y 589 hombres:

- 7, 10, 12 y 13 de junio, se impartió la capacitación “Observancia al cumplimiento de los Derechos de las mujeres: la experiencia de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos” a 4 funcionarias del Consejo de Transición para la Definición de la Institucionalidad Pública que Garantice la Igualdad entre Hombres y Mujeres, en las oficinas del mismo en Quito, Ecuador.
- 11 de junio, se brindó la capacitación “Observancia al cumplimiento de los Derechos de las mujeres: la experiencia de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos” a un total de 30 funcionarios (19 mujeres y 11 hombres) de los Consejos Nacionales de Igualdad, en las oficinas del Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades en Quito, Ecuador.
- 14 de junio, se leyó la conferencia “Sistemas de observancia de Derechos Humanos de las mujeres desde la experiencia de la CNDH” en el Hotel Crown Plaza de Quito, Ecuador. Asistieron 80 funcionarios públicos (56 mujeres y 24 hombres) de ese país y público general.
- 18 de junio, se realizó en el salón José María Morelos y Pavón de la Secretaría de Relaciones Exteriores en la ciudad de México la conferencia “Mecanismos para atender y sancionar la violencia contra las mujeres: protección y acceso a la justicia”, dentro del foro “México ante el mecanismo de examen periódico universal: eliminación de la discriminación y la violencia contra las mujeres”. Se contó con un total de 100 asistentes, 70 mujeres y 30 hombres, entre miembros del servicio público, organizaciones de la sociedad civil y público general.
- 19 de junio, se impartió la conferencia “Violencia contra las mujeres: aprendizaje, decisión y cambio” en el salón Murano del Casino Las Rosas, en Gómez Palacio, Durango. Asistieron 48 personas (37 mujeres y 11 hombres), integrantes y representantes de organizaciones de la sociedad civil.
- 19 de junio, se brindó la conferencia “La violencia comunitaria contra las mujeres en México: retos y desafíos en materia de participación política y social de la mujer” en el ayuntamiento de Gómez Palacio, Durango. Participaron 51 servidores públicos municipales, entre ellos 23 mujeres y 28 hombres.
- 20 de junio, se impartió la conferencia “La caracterización de los hombres que ejercen violencia contra la pareja” en las instalaciones de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango. Con ella se capacitó a 64 funcionarios (42 mujeres y 22 hombres) de esa Comisión, representantes de organizaciones de la sociedad civil e integrantes de asociaciones civiles.
- 20 de junio, se ofreció la conferencia “La violencia institucional contra las mujeres en México: análisis de la participación política y de toma de decisiones de las mujeres en el Estado mexicano” en el Centro Cultural y de Convenciones Bicentenario de Durango, Durango. Se capacitó a un total de 72 personas, 43 mujeres y 29 hombres, todos servidores públicos municipales y federales o funcionarios de la Comisión Estatal de Derechos Humanos.
- 20 de junio, se leyó la conferencia “Violencia contra las mujeres: aprendizaje, decisión y cambio” en el Centro Cultural y de Convenciones Bicentenario de Durango, Durango, ante 72 personas, 43 mujeres y 29 hombres, servidores públicos municipales y federales y funcionarios de la Comisión Estatal de Derechos Humanos Durango.
- 21 de junio, se presentó el foro “Justicia, seguridad y prevención de la violencia contra las mujeres para proteger sus Derechos Humanos” en el Centro de Convenciones Campeche XXI de la ciudad de Campeche. Con él se capacitó a 365 personas (253 mujeres y 112 hombres) provenientes del servicio público federal, estatal y municipal, la academia y público general.
- 24 de junio, se brindó la plática “Género e igualdad” en San Pablo Huixtepec, Oaxaca. A ella asistieron 50 personas, 30 mujeres y 20 hombres, estudiantes de nivel superior de la Universidad Tecnológica de los Valles Centrales de Oaxaca.

- 24 de junio, se ofreció la plática “Género e igualdad” en San Pablo Huixtepec, Oaxaca, a la que asistieron 49 personas en total, 18 mujeres y 31 hombres, estudiantes de nivel superior de la Universidad Tecnológica de los Valles Centrales de Oaxaca.
- 24 de junio, se impartió la charla “Género e Igualdad” en San Pablo Huixtepec, Oaxaca. Participaron 26 mujeres y 26 hombres, estudiantes de nivel superior de la Universidad Tecnológica de los Valles Centrales de Oaxaca.
- 24 de junio, se dictó la plática “Género e igualdad” en San Pablo Huixtepec, Oaxaca, para 46 estudiantes de nivel superior de la Universidad Tecnológica de los Valles Centrales de Oaxaca (20 mujeres y 26 hombres).
- 25 de junio, tuvo lugar la plática “Género e igualdad” en San Pablo Huixtepec, Oaxaca. A ella asistieron 28 mujeres y 19 hombres, estudiantes de nivel superior de la Universidad Tecnológica de los Valles Centrales de Oaxaca.
- 25 de junio, se dictó la plática “Género e igualdad” en San Pablo Huixtepec, Oaxaca, para 43 estudiantes (18 mujeres y 25 hombres) de nivel superior de la Universidad Tecnológica de los Valles Centrales de Oaxaca.
- 25 de junio, se impartió la plática “Género e igualdad” en San Pablo Huixtepec, Oaxaca, a la que asistieron 50 estudiantes (27 mujeres y 23 hombres) de nivel superior de la Universidad Tecnológica de los Valles Centrales de Oaxaca.
- 25 de junio, se dictó la plática “Género e igualdad” en San Pablo Huixtepec, Oaxaca; asistieron 32 mujeres y 25 hombres, estudiantes de nivel superior de la Universidad Tecnológica de los Valles Centrales de Oaxaca.
- 26 de junio, se ofreció la plática “Violencia y acoso escolar” en San Jacinto Amilpas, Oaxaca. A ella asistieron 45 mujeres y 51 hombres, estudiantes y profesores de la Escuela Secundaria Técnica núm. 215.
- 26 de junio, se dictó la conferencia “El principio de igualdad, el acceso a la justicia y los Derechos Humanos” en Oaxaca, Oaxaca, a la que asistieron 30 mujeres y 8 hombres, miembros de la Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca.
- 26 de junio, se llevó a cabo la conferencia “La equidad e igualdad entre el hombre y la mujer, retos y desafíos actuales” en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca, Oaxaca. Con ella se capacitó a 44 (31 mujeres y 13 hombres) estudiantes universitarios, académicos y organizaciones de la sociedad civil.
- 27 de junio, se impartió el taller “Igualdad, no discriminación y acoso escolar” en Tlaxiaco, Oaxaca, a un total de 22 mujeres y 26 hombres, profesores, personal administrativo y operativo del Instituto Tecnológico de la Heroica Ciudad de Tlaxiaco.

■ Quinta Visitaduría General

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL MIGRANTE

- **Participación en el Foro “Migración y Derechos Humanos: una Realidad sin Fronteras”**

El pasado 24 de junio se llevó a cabo en la Universidad Autónoma Metropolitana el Foro “Migración y Derechos Humanos: una Realidad sin Fronteras”. El Programa de Atención al Migrante participó en la mesa 1, “La visión gubernamental del fenómeno migratorio y derechos del migrante”, en la que se habló de los retos para asegurar la portabilidad de los Derechos Humanos para todos en México; además, se informó a los asistentes sobre el trabajo que realiza la

CNDH en beneficio de la población migrante mediante acciones como la tramitación de quejas, la promoción, difusión y capacitación de los funcionarios públicos que entran en contacto con ese grupo en situación de vulnerabilidad y el trabajo de las oficinas foráneas ubicadas en la ruta migrante.

A dicho evento asistieron representantes de organizaciones de la sociedad civil, como Las Patronas, Unidos vs. La trata, Nosotras Somos tu Voz; representantes del Instituto de los Mexicanos en el Exterior; la Organización Internacional para las Migraciones; los consulados de Honduras, El Salvador y Guatemala; servidores públicos del Congreso de la Unión, y defensores de los Derechos Humanos.

PROGRAMA CONTRA LA TRATA DE PERSONAS

- **Impartición de los cursos “La trata de personas en México” e “Integración de la averiguación previa del delito de trata de personas”, en Tijuana, Baja California**

Los días 5 y 7 de junio el Programa contra la Trata de Personas impartió en la ciudad de Tijuana, Baja California, los cursos “La trata de personas en México” e “Integración de la averiguación previa del delito de trata de personas”, dirigidos a servidores públicos de la Procuraduría General de Justicia de dicha entidad federativa para proporcionarles herramientas para la identificación de víctimas de ese delito y la integración de la averiguación previa.

- **Asistencia a una sesión del Comité Regional contra la Trata de Personas con sede en Tapachula, Chiapas**

El pasado 13 de junio de 2013 se asistió a una sesión del Comité Regional contra la Trata de Personas con sede en Tapachula, Chiapas. Ahí los representantes del Programa expusieron las acciones emprendidas durante el último cuatrimestre de 2012 y el primer cuatrimestre del presente año, y se coordinaron esfuerzos para dar cumplimiento al marco jurídico, para prevenir y promover la persecución del delito y para impulsar la protección y asistencia a las víctimas.

- **Impartición del taller de sensibilización “Prevención de la Trata de Personas”**

En colaboración con la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, el Programa contra la Trata de Personas impartió el 14 de junio el taller de sensibilización “Prevención de la Trata de Personas”, dirigido a profesores y alumnos de educación básica y padres de familia, con el propósito de brindarles herramientas para prevenir ese delito, sobre todo la explotación sexual de menores.

- **Impartición de la conferencia “La trata de personas en México”, en Mérida, Yucatán**

El 17 de junio, el Programa impartió en Mérida, Yucatán, la conferencia “La trata de personas en México”, dirigida a servidores públicos del sistema DIF estatal, con la que se buscó brindarles elementos para la identificación de víctimas del delito. El 20 de junio el Programa impartió

esa misma conferencia a servidores públicos y público general en el municipio de Atizapán de Zaragoza, Estado de México.

- **Impartición del Foro “Retos en la Procuración e Impartición de Justicia en México en Materia de Trata de Personas”, en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas**

Por último, los días 27 y 28, el Programa contra la Trata de Personas, en colaboración con el Poder Judicial del Estado de Chiapas, impartió en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, el Foro “Retos en la Procuración e Impartición de Justicia en México en Materia de Trata de Personas”, dirigido a impartidores de justicia, secretarios de acuerdos, ministerios públicos, policía de investigación y peritos, entre otros. El objetivo fue brindar herramientas para la procuración e impartición de justicia en materia de trata de personas, la persecución de los delincuentes y la protección y asistencia a las víctimas.

■ Centro Nacional de Derechos Humanos

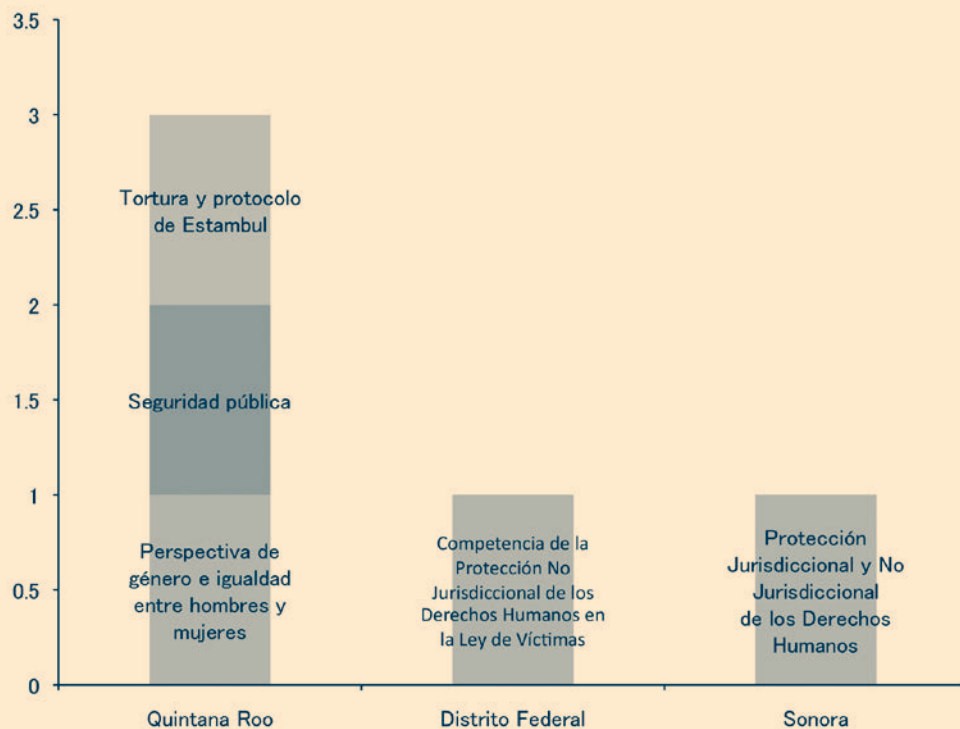
I. Actividades realizadas por el personal académico

- a) Claustro Académico, con el tema: “Estado de excepción: genealogía, estructura y análisis jurídico”.
- b) Conferencias y módulos en maestría y diplomados, impartidos por personal académico del CENADEH:

Tipo de actividad	Entidad federativa	Número de actividades	Participantes		
			Mujeres	Hombres	Total
3 módulos de Diplomado	Quintana Roo	3	192	144	336
1 Mesa redonda	Distrito Federal	1	70	50	120
1 módulo	Sonora	1	59	86	145
Total		5	321	280	601

Nota. Los módulos impartidos en Quintana Roo forman parte de los Diplomados “Derechos Humanos y Familia” y “Derechos Humanos, Seguridad Pública, Procuración de Justicia y Víctimas del Delito”. El módulo impartido en Sonora es parte del Diplomado “Los Derechos Humanos, Seguridad Pública, Procuración de Justicia y Víctimas del Delito”, ambos organizados por la Secretaría Técnica del Consejo Consultivo. Por último, la mesa redonda impartida en el Distrito Federal forma parte de las Mesas Redondas denominadas “Análisis de la Ley de Víctimas. 20 de junio de 2013”.

Temáticas abordadas en las conferencias y módulos impartidos



Entidades federativas en que se realizaron actividades de divulgación y/o docencia



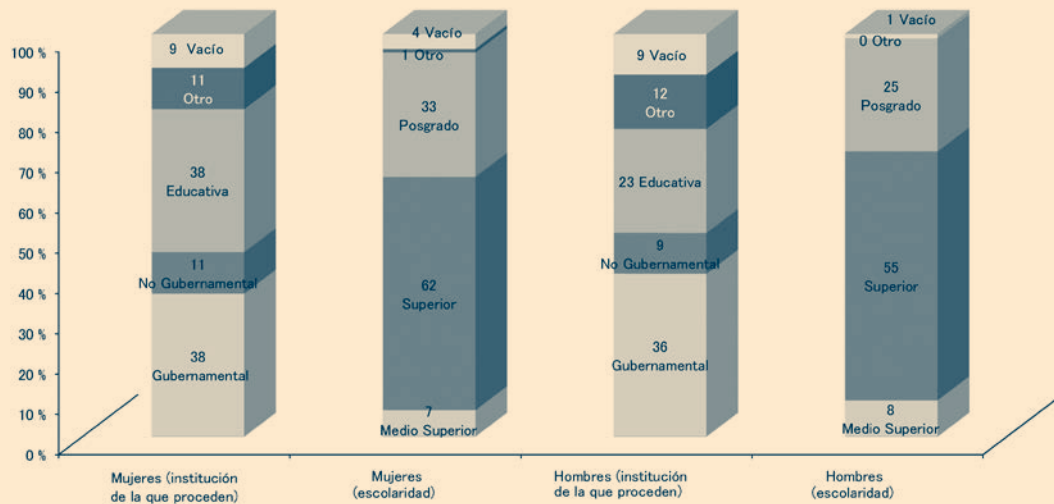
II. Programas de formación académica del CENADEH

<i>Tipo de Programa</i>	<i>Actividad realizada</i>	<i>Número de participantes</i>	<i>Participantes por género</i>
Becarios 2013	Los becarios entregaron su quinto informe mensual, con los avances de sus respectivas tesis	5	4 mujeres y 1 hombre
Programa de tutorías 2013	Se realizaron dos reuniones con los alumnos de Doctorado, los días 14 y 28 de junio	3	1 mujer y 2 hombres
Especialidad en Derechos Humanos	Del 3 al 6 de junio, los profesores María José Majano Cano y Francisco Javier Díaz Revorio impartieron los módulos “La protección jurisdiccional de los Derechos Humanos” y “Grandes retos de los Derechos Humanos en el siglo XXI”, respectivamente. Asimismo, se realizó la ceremonia de entrega de 32 títulos de Especialistas a aquellos alumnos que completaron satisfactoriamente los créditos de dicho programa académico	37	21 mujeres y 16 hombres

III. Eventos organizados por el CENADEH

<i>Núm.</i>	<i>Evento</i>	<i>Tema y conferencista</i>	<i>Participantes</i>	<i>Participantes por género</i>
1	Conferencia Dentro del Ciclo Permanente de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales	“Alcances y límites de la inclusión escolar hoy en México” Dra. Adriana Andrade Frich, Directora del Programa de Doctorado de la Universidad Marista	63	38 mujeres y 25 hombres
2	Conferencia Dentro del Ciclo Permanente de La Reforma Constitucional en materia de derechos humanos	“El principio pro persona y su aplicación en la judicatura” Mtro. Alberto Díaz Díaz, Juez Décimo Cuarto de Distrito de Amparo en Materia Penal en el Distrito Federal.	133	69 mujeres y 64 hombres
Total: 196 participantes (107 mujeres / 89 hombres)				

Asistentes a las conferencias

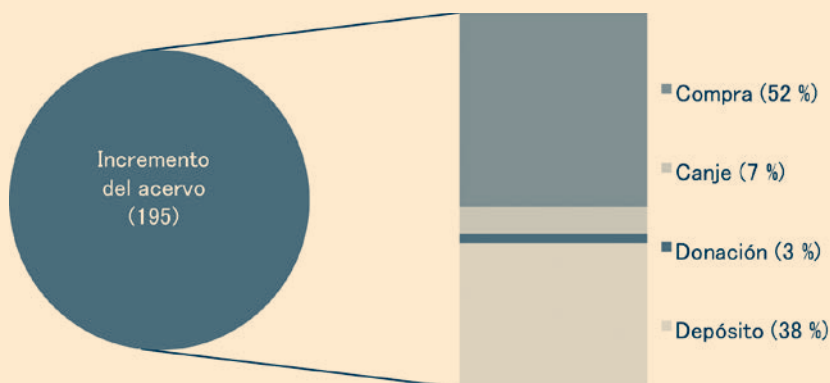


IV. Centro de Documentación y Biblioteca

a) Incremento del acervo (Biblioteca)

En junio de 2013, el acervo de nuestra Biblioteca se incrementó con 195 volúmenes, generándose un total de 20,521 títulos y un total de 43,673 volúmenes, fascículos y/o ejemplares, material que será difundido a través de la *Bibliografía de Nuevas Adquisiciones* que se publica mensualmente en la *Gaceta* de este Organismo.

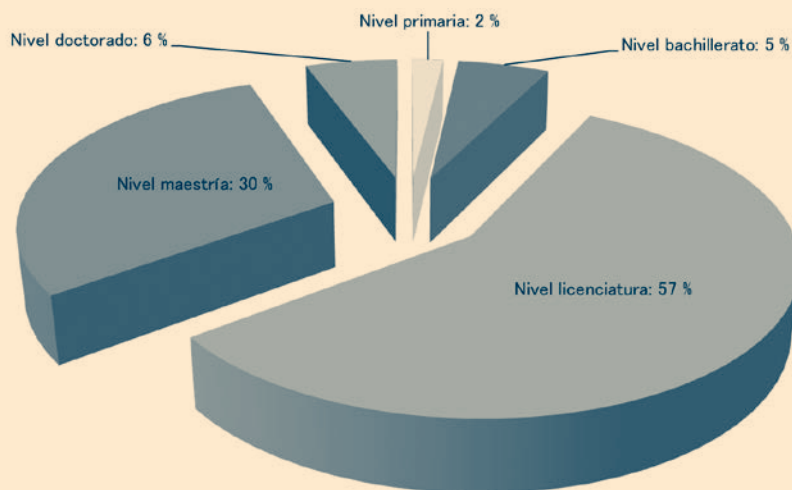
Incremento del acervo



b) Actividades realizadas en el Centro de Documentación y Biblioteca

Tipo de actividad	Número
Acciones del incremento del acervo	675
Incremento del Guión de distribución de la <i>Gaceta</i> a Bibliotecas (convenio de canje y donación)	1
Usuarios y préstamos	571
Consultas a la base de datos	1,797
Total	3,044

*Nivel de escolaridad de usuarios de la Biblioteca
(56 mujeres y 52 hombres)*

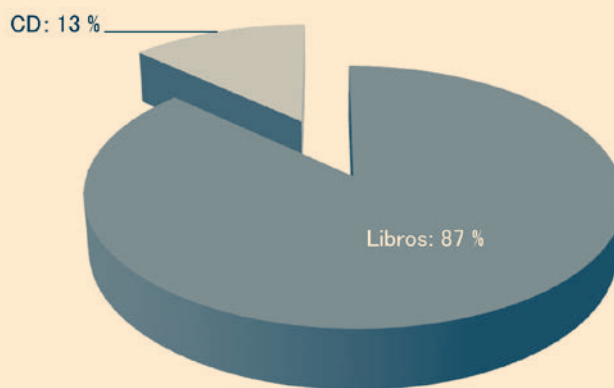


V. Programa Editorial y de Publicaciones

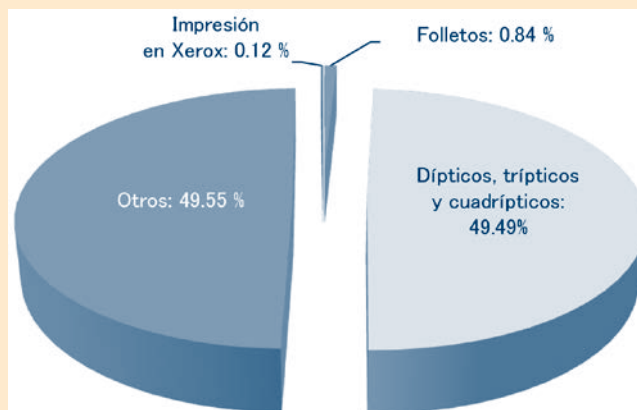
Con relación al tiraje total de publicaciones editadas por la Comisión Nacional, en la tabla siguiente se concentra la información correspondiente a junio de 2013.

<i>Tipo de publicaciones</i>	<i>Tiraje</i>
Periódicas	
Libros	4,000
CD	600
No periódicas	
Folletos	6,000
Trípticos, dípticos y cuadrípticos	354,000
Otros	354,500
Impresión en Xerox	850
Gran total: 719,950	

Publicaciones periódicas



Publicaciones no periódicas



VI. Distribución de material editado por la CNDH

El CENADEH realiza, en colaboración con las Unidades Responsables, la distribución del material editado, por lo que en el siguiente cuadro se indican las cantidades distribuidas al interior y exterior de la CNDH:

<i>Distribución y comercialización</i>	
Interna 380,008	Externa 3,736
Total: 383,744	

Nota: El número total distribuido incluye no sólo el material editado durante el periodo reportado, sino también el que se encontraba en Almacén de Publicaciones.

RECOMENDACIONES

GACETA 275 • JUNIO/2013 • CNDH

Recomendación 22/2013

Sobre el caso de la inadecuada atención médica y pérdida de la vida de V1, quien se encontraba interno en el Centro de Readaptación Social de Manzanillo, Colima

SÍNTESIS

1. El 28 de febrero de 2012, en esta Comisión Nacional se recibió el oficio PRE/001/2012, del 9 de enero de 2012, mediante el cual el Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Colima solicitó la atracción de la queja formulada por Q1, quien expuso que, por un medio de comunicación, se enteró de que la noche del 13 de julio de 2011 su hermano, V1, fue detenido por elementos de la Policía Municipal de Manzanillo, al haber sido denunciado por su esposa tras golpearla, por lo que a las 9:00 horas del 16 del mes y año citados acudió a buscarlo a la Agencia del Ministerio Público de la Procuraduría General de Justicia de la mencionada entidad federativa, donde le informaron que su consanguíneo había sido trasladado al Centro de Readaptación Social de Manzanillo; al llegar a su domicilio al mediodía, una trabajadora social del aludido establecimiento penitenciario le comunicó a su madre el fallecimiento de V1, aduciendo que cuando les entregaron el cuerpo presentaba golpes y moretones.
2. Por tal motivo, se acordó ejercer la facultad de atracción del asunto de mérito, iniciándose el expediente CNDH/3/2012/2806/Q, y para ello, el 17 de abril de 2012, se solicitó a la Comisión local de referencia la remisión del expediente original que se integraba en ese lugar, a fin de que este Organismo Nacional continuara con la atención respectiva. El 26 de abril de 2012 la citada Comisión local envió las constancias del expediente CDHEC/282/11.
3. Así, para la debida integración del expediente de referencia, y a fin de investigar posibles violaciones a los Derechos Humanos del agraviado, se solicitó información a la Procuraduría General de Justicia de la enunciada entidad federativa, quien remitió diversas constancias relacionadas con los hechos que nos ocupan.

Observaciones

4. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, y de conformidad con el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se observó que se violó el derecho humano a la protección de la vida, a la salud y a la seguridad jurídica de V1, ya que las omisiones en la atención médica y de vigilancia que se le proporcionaron por parte del personal del Centro de Readaptación Social de Manzanillo fue inadecuada y tardía, faltando al deber de cuidado, y como consecuencia perdió la vida.
5. De acuerdo con la información recabada, se desprende que una vez que V1 fue detenido y puesto a disposición del Agente del Ministerio Público Titular de la Mesa Tercera de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Colima, éste determinó, a sugerencia del perito médico forense, trasladarlo al Hospital General de Manzanillo, debido a las lesiones que se ocasionó al desvanecerse con motivo del deterioro físico que presentaba, dada la intensa ingesta de alcohol, por lo que necesitaba atención médica.
6. Así, a las 17:20 horas del 14 de julio de 2011, V1 ingresó al mencionado nosocomio, donde el médico de urgencias le diagnosticó crisis convulsivas, síndrome de abstinencia alcohólica, deshidratación y herida en cavidad oral, para lo cual le indicó hidratación, le aplicaron multivitamínicos y le realizaron estudios de laboratorio, dándolo de alta del servicio con cita abierta y le proporcionaron medicamento.

7. Por otra parte, en el estudio clínico psicofísico de ingreso del agraviado al aludido establecimiento penitenciario, esto es a las 15:20 horas del 15 de julio del citado año, el médico de este lugar advirtió el deterioro físico en que se encontraba, e incluso dejó cita abierta en caso de urgencia, lo cual no aconteció, no obstante que AR1, Directora del mismo, informó que en el transcurso de la noche AR3, comandante de Compañía de Seguridad Interna, al realizar los rondines de vigilancia, pudo observar que V1 deambulaba en su dormitorio y se encontraba agitado, haciendo caso omiso a su indicación de que se acostara, siendo hasta las 08:00 horas del día siguiente cuando, al entregar la guardia, comunicó a AR4, comandante de Compañía de Seguridad Interna, el comportamiento del hoy occiso y fue a las 11:00 horas que lo valoró AR2, médico de guardia, quien no advirtió que éste requería hospitalización inmediata; consecuentemente, tal retraso ocasionó que la salud de V1 se deteriorara rápidamente.
8. Llama la atención de esta Comisión Nacional el hecho de que AR1, AR2, AR3 y AR4, Directora, médico de guardia y comandantes de Compañía de Seguridad Interna del Cereso en cuestión, respectivamente, no consideraron que el padecimiento de V1 era grave y que, al mismo tiempo, indicaran que probablemente requería ser trasladado para recibir atención médica de otro nivel, dado que en ese lugar no cuentan con el equipo necesario, lo cual evidencia falta de comunicación entre los servidores públicos referidos, toda vez que AR1 y AR3, Directora y comandante de Compañía de Seguridad Interna, estaban enterados de que el interno tenía cita abierta al servicio médico de ese sitio, en caso de presentarse alguna urgencia, por el delicado estado de salud que presentaba; sin embargo, permaneció alrededor de 20 horas, a partir de su ingreso, sin tener seguimiento médico.
9. De lo anteriormente narrado se desprende que AR2, médico de guardia del Cereso que nos ocupa, no valoró cuidadosamente a V1, ya que en su nota de las 11:00 horas del 16 de julio de 2011 asentó que éste presentaba las mismas heridas que se describieron en la hoja de ingreso, lo cual no resulta coincidente con lo narrado en el escrito del compañero de estancia del agraviado, sobre su comportamiento en el transcurso de la noche anterior y madrugada de ese día, en el sentido de que al encontrarse desesperado golpeaba las paredes y la puerta, escalaba y saltaba por las bardas que dividen el baño de la estancia ocasionándose lesiones con tales movimientos y con la caída que sufrió de una de éstas, e incluso en el reporte de atención psicoterapéutica se manifestó que tenía sensación de dolor, sin conciencia de cómo y dónde le dolía, además de que las lesiones que precisó dicho doctor no coinciden con las plasmadas en la necropsia que le fue practicada al agraviado.
10. En la referida necropsia se indicó que V1 presentaba las siguientes lesiones al exterior: múltiples escoriaciones epidérmicas en el rostro a nivel de la región frontal del lado derecho; escoriación epidérmica de 3 x 5 centímetros, que abarca las regiones cigomática y malar del lado derecho; contusión con inflamación y equimosis en región ocular del lado derecho; contusión con una herida epidérmica de 0.5 centímetros de longitud en región nasal, misma que presenta inflamación leve y huellas de material hemático en ambas fosas; contusión con proceso inflamatorio moderado en región bucal con herida de 0.3 centímetros en la mucosa del lado inferior, así como hematoma en la misma zona; contusión con equimosis en el tronco de forma irregular de 8 x 9 centímetros a nivel de tórax en su cara lateral izquierda; tres zonas de contusión con equimosis, la primera a nivel de región infraescapular de 2 x 1 centímetros de forma oval, la segunda a nivel de región lumbar de forma alargada de 8 x 2 centímetros de longitud y la tercera a nivel del glúteo derecho de 4 x 2 centímetros de forma irregular, además de varias lesiones en las extremidades superiores e inferiores, consistentes en: escoriación epidérmica de 1 x 0.5 centímetros en región deltoidea del lado derecho; escoriación epidérmica con equimosis de 5 x 5 centímetros de longitud en codo izquierdo; múltiples escoriaciones epidérmicas lineales a nivel de ambas muñecas; escoriaciones epidérmicas a nivel de ambas rodillas; escoriación epidérmica en cara anterior del tercio proximal de la antepierna derecha; herida abrasiva de 6 x 1 centímetros de longitud en estado resolutivo en el tercio medio en su cara posterior de la pierna derecha, y escoriación epidérmica en tobillo izquierdo.
11. Cabe destacar lo señalado por el Subdirector de Seguridad del Centro de Readaptación Social de Manzanillo, en el sentido de que una vez que el personal de vigilancia advirtió la conducta alterada y autogresiva de V1, y que su compañero de estancia les refirió que decía incoherencias, lo insultaba y lo agredía físicamente, se le tuvo que someter, a fin de que fuera valorado por la psicoterapeuta, quien le detectó datos correspondientes a confusión mental; estado de ánimo descontrolado; afecto embotado (aturdido); desorientado en tiempo y espacio; incongruencia en el contenido de sus pensamientos, y sensación de dolor, sin conciencia de cómo y dónde le duele, por lo cual les indicó a los custodios que lo llevaran al área médica, donde AR2, médico de guardia, le diagnosticó neurosis con agresividad sin control, y únicamente le indicó haloperidol de 5 mg intramuscular, y, no obstante que el paciente continuó inquieto, con difícil manejo y reincidiendo con actitud violenta, no reconsideró el diagnóstico para trasladarlo al hospital, ya que el tratamiento que requería no se le podía proporcionar en el mencionado establecimiento penitenciario.

12. Por lo tanto, de la opinión emitida por personal médico de esta Institución se desprende que la pérdida de la vida de V1 se debió a la falta de vigilancia del personal de custodia del Cereso de Manzanillo, así como a un seguimiento médico estrecho, dado el estado de inanición que presentó a su ingreso a ese sitio, por lo que su salud se deterioró rápidamente, lo que ocasionó que falleciera, no obstante que en la noche del 15 de julio de 2011, AR3, comandante de Compañía de Seguridad Interna, al realizar los rondines de vigilancia, lo observó agitado y no lo canalizó al servicio médico.
13. Por ello, para este Organismo Nacional es de hacer notar la negligencia de AR3 y AR4, comandantes de Compañía de Seguridad Interna, ya que en el estudio psicofísico de ingreso de las 15:20 horas del 15 de julio de 2011, el médico del Cereso que nos ocupa dejó indicaciones de que, debido al deteriorado estado de salud de V1, tenía cita abierta en caso de urgencia, y de las notas médicas de la atención que le proporcionaron en ese sitio, AR2, médico de guardia, lo valoró hasta las 11:00 y 11:45 horas del día siguiente, determinando en la segunda valoración trasladarlo al Hospital General de Manzanillo, por lo cual se considera que transcurrió demasiado tiempo para que se atendiera una urgencia, pues el agraviado falleció 15 minutos después.
14. Todo lo anterior demuestra una atención deficiente e inadecuada, así como un retraso injustificado en la atención médica proporcionada a V1, contraviniendo con ello lo previsto por los artículos 4o., párrafo cuarto, y 18, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como 51, párrafo primero, y 77 Bis 1, párrafo segundo, de la Ley General de Salud; 48, 72 y 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 4.10 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, toda vez que la condición física de V1 disminuyó aceleradamente hasta que perdió la vida, debido a que no recibió la atención médica inmediata y especializada que requería; lo anterior se robustece con la opinión médica emitida por personal médico de esta Institución el 10 de diciembre de 2012.
15. Por lo tanto, este Organismo Nacional considera que AR2, médico de guardia del aludido establecimiento, no valoró la importancia que el asunto ameritaba, ni observó el procedimiento instaurado, ya que V1 únicamente recibió cuidados paliativos, siendo que requería de atención especializada.
16. En tal sentido, conviene señalar que la protección de la salud está considerada como un derecho humano, el cual debe ser garantizado por el Estado, máxime a las personas privadas de la libertad, ya que dada su condición de reclusión, no tienen la posibilidad de buscar por sí mismas la atención médica que requieren. Por lo tanto, la autoridad penitenciaria, al encargarse de la custodia de los presos, asume la calidad de garante y la obligación de asegurar todos aquellos derechos que la disposición judicial no ha restringido, como es el derecho a la protección de la salud.
17. En ese orden de ideas, toda persona privada de la libertad tiene derecho a que la institución penitenciaria le brinde los servicios médicos apropiados y, de ser necesario, que realice las gestiones que correspondan ante los servicios de salud para que se le brinde una atención integral y, en su caso, provea los recursos para financiar dicha atención, lo que en el caso no sucedió, pues, como ya se refirió, transcurrieron alrededor de 20 horas para que el agraviado fuera nuevamente valorado, no obstante que estaba comprometida su vida, la cual finalmente perdió.
18. Por lo antes expuesto, esta Comisión Nacional considera que las omisiones y conductas imputadas al personal directivo, de seguridad y médico del Centro de Readaptación Social de Manzanillo son violatorias del derecho a la protección de la salud en agravio de V1, lo cual contraviene el principio X de la Resolución 1/08 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, "Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas", el cual señala que las personas privadas de la libertad tendrán derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, que incluye, entre otros, la atención médica, psiquiátrica y odontológica adecuada; la disponibilidad permanente de personal médico idóneo e imparcial, y el acceso a tratamiento y medicamentos apropiados y gratuitos.
19. En consecuencia, es preciso que se realicen las acciones necesarias para garantizar que los internos del Centro de Readaptación Social de Manzanillo, Colima, cuenten con servicios médicos que brinden oportuna y adecuada atención médica. Entre estas acciones es conveniente que se implementen mecanismos para que en todo momento el personal médico actúe con prontitud, a fin de salvaguardar el derecho humano a la protección de la salud.
20. De igual manera, con las omisiones referidas se incumplió lo previsto en el artículo 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; además, tales hechos son contrarios a los artículos 1; 2, fracción V; 23; 27, fracción III, y 33, fracciones I y II, de la Ley General de Salud; 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 1; 2, fracciones I y V; 7, fracción IX; 15, fracción I; 71, y 72 de la Ley de Salud del Estado de Colima, que refieren, en forma general, que el derecho a la protección de la salud tiene como una de sus finalidades el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, mediante acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de

la persona y de la colectividad, atendiendo a un diagnóstico temprano que permita proporcionar un tratamiento oportuno.

21. Los servidores públicos de mérito tampoco 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 de las normas relativas a los Derechos Humanos, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 1o., párrafos primero, segundo y tercero, y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
22. Asimismo, los servidores públicos mencionados no observaron lo dispuesto en los artículos 24 y 25.1 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, así como 24 del Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión, concernientes a que el médico deberá examinar a cada recluso a su ingreso y ulteriormente tan a menudo como sea necesario, para determinar la existencia de una enfermedad física o mental y tomar, en su caso, las medidas necesarias, además de visitar diariamente a los reclusos enfermos.
23. Adicionalmente, esta Institución Nacional considera que la ausencia de personal capacitado para la custodia de personas privadas de la libertad contraviene lo dispuesto por los numerales 46, puntos 1 y 3, y 47, puntos 2 y 3, de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, los cuales señalan que la administración penitenciaria escogerá cuidadosamente el personal de todos los grados, puesto que de la integridad, humanidad, aptitud personal y capacidad profesional del personal dependerá la dirección de los establecimientos, y para lograr tal fin será necesario que los miembros del personal trabajen exclusivamente como funcionarios penitenciarios, destacando que éstos deberán seguir, antes de entrar en el servicio, un curso de formación general y especial, además de que después de su entrada y en el transcurso de su carrera deberá mantener y mejorar sus conocimientos y su capacidad profesional, siguiendo cursos de perfeccionamiento que se organizarán periódicamente; por lo tanto, para esta Comisión Nacional la falta de personal idóneo y suficiente para realizar dichas tareas de vigilancia es indebida, toda vez que el respeto a los Derechos Humanos de las personas privadas de la libertad implica necesariamente que todo el personal de los lugares de detención conozca las obligaciones y los límites que estos derechos les imponen en el ejercicio de sus funciones.
24. Es evidente que la autoridad penitenciaria no contaba con personal de Seguridad y Custodia capacitado para garantizar un ambiente de seguridad al agraviado, toda vez que el médico que lo recibió dejó como prescripción médica observación y dieta, por lo que se debía vigilar que comiera, indicación que no se siguió, ya que no obstante que en los rondines que AR3, comandante de Compañía de Seguridad Interna, efectuó en la noche del 15 de julio de 2011, observó a V1 agitado y no lo canalizó al Servicio Médico, incumpliendo lo dispuesto en el artículo 92, incisos a y f, del Reglamento Interior del Centro Estatal de Readaptación Social de Colima, de aplicación supletoria en los establecimientos penitenciarios de la citada entidad federativa, el cual dispone que para garantizar la seguridad y el orden dentro del Centro se observará a los detenidos a fin de advertir sus movimientos, estableciendo un sistema de comunicación que permita verificar si se mantiene el orden.
25. El compañero de estancia de V1 expresó que aquél estuvo inquieto y agresivo la mayor parte de la noche del 15 de julio de 2011, al grado de golpearse y romper la tubería del baño, provocando que se inundara la celda, y no obstante su comportamiento violento, el personal de Seguridad no realizó ninguna acción para asistirlo y evitar que se ocasionara daños a su persona, pues sólo le decían “que se estuviera calmado, que lo iban a medicar para que se tranquilizara”.
26. Ante estos resultados, esta Comisión Nacional estima que el proceder de AR1, AR3 y AR4, Directora y comandantes de Compañía de Seguridad Interna del Cereso que nos ocupa, fue contrario a lo dispuesto por los incisos b y c, del artículo 3o. del referido Reglamento Interior del Centro Estatal de Readaptación Social de Colima, ya que tenían como obligación primordial la custodia de las personas que se encuentran detenidas, lo que conlleva, sin lugar a dudas, a salvaguardar su vida e integridad física, pues en el caso se acreditó que los mencionados servidores públicos omitieron llevar a cabo acciones eficaces y oportunas para garantizar la seguridad de V1, no obstante que sabían que la integridad física del mismo se encontraba en inminente peligro, al no cuidar el suministro de alimentos suficientes para el restablecimiento de su salud, cuando su obligación normativa era no poner en riesgo la seguridad del agraviado; del mismo modo, esta Comisión Nacional no deja de observar la respuesta que AR1, Directora del Centro penitenciario de referencia, dio a la solicitud planteada por personal de la Comisión de Derechos Humanos de la citada entidad federativa, relativa a que “de la entrevista y por observación se determinó que el indiciado presentaba un estado de inanición consistente en estado de agotamiento físico, debilidad y poca capacidad para concentrarse, secundario a la nula ingesta de alimentos, destacando el doctor que su estado de salud era de regular a malo, por lo que indicó cita abierta a urgencias”.

27. Por lo anterior, se evidencia la omisión de AR1, AR3 y AR4, Directora y comandantes de Compañía de Seguridad Interna del establecimiento que nos ocupa, para garantizar, desde una perspectiva integral, la vida de las personas que se encuentran privadas de su libertad, así como la obligatoriedad de incrementar medidas de protección.
28. Esta Comisión Nacional concluye que las autoridades involucradas en los hechos que nos ocupan no cumplieron con eficacia la obligación de garantizar el respeto a la integridad física de V1, ni con la de favorecer condiciones para su reinserción social, que en la especie se traduce en la omisión de garantizar a los individuos que su persona sea protegida por el Estado, brindando protección y auxilio, así como custodiar, proteger, vigilar o implementar medidas precautorias para dar seguridad.
29. Así, se pone en evidencia que los citados servidores públicos omitieron cumplir con el deber de cuidado, y con ello faltaron a su obligación de garantizar, desde una perspectiva general, la vida, integridad y seguridad personal de V1 en ese centro penitenciario; de igual manera, se considera que sus conductas y omisiones vulneraron su derecho a la seguridad jurídica, toda vez que éstos eran responsables de sus derechos, primordialmente de la protección de su salud, sin embargo, omitieron canalizarlo oportunamente al Hospital General de la localidad, y no minutos antes de que perdiera la vida, pues al igual que toda persona, tenía la garantía de vivir, aún en reclusión, en un Estado de Derecho, bajo la vigilancia de un sistema jurídico normativo, coherente y permanente, dotado de certeza; lo anterior adquiere especial consideración en razón de que una de las funciones primordiales del Estado es la protección de los ciudadanos, ya que es el encargado de garantizar en todo momento tanto la seguridad de las personas, como la de sus bienes, posesiones o derechos.
30. El deber de prevención abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promueven la salvaguarda de los Derechos Humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa; que no basta que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en la que se encuentre.
31. Así, los derechos a la vida y a la integridad personal son dos condiciones indispensables para los seres humanos, cuyo respeto, protección y garantía no pueden ser desdeñadas por las autoridades; ambos involucran una serie de obligaciones negativas y positivas por parte del Estado, dado que el goce efectivo de estos derechos es una condición necesaria para el disfrute de otros Derechos Humanos.
32. Por un lado, el derecho a la vida implica, en principio, que el Estado debe abstenerse de efectuar acciones que directa o indirectamente pongan en peligro o puedan privar de la vida a persona alguna, y adicionalmente que las autoridades tienen la obligación de tomar las medidas pertinentes (administrativas, legales y/o judiciales) para que terceros no afecten este derecho y para que las condiciones de vida de los individuos sean las óptimas.
33. En ese contexto, conviene señalar que la integridad personal tiene su origen en el respeto a la vida, que es el bien jurídico cuya protección constituye el fin y objetivo principal, por lo que se trata de un derecho que no admite excepciones, sino que es absoluto y, por ende, su vigencia no puede alterarse, garantizando la seguridad jurídica para los gobernados y sustentando con ello el Estado de Derecho.
34. Así, el ser humano, por el hecho de serlo, tiene derecho a mantener su integridad física, psíquica y moral, por lo que debe protegerse a toda persona de cualquier omisión o acción del Estado que pueda afectarla.

Recomendaciones

PRIMERA. Instruya a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar el daño ocasionado a los familiares de V1, o a quien compruebe mejor derecho para ello.

SEGUNDA. Se realicen las acciones necesarias para que en lo sucesivo se cuente con el instrumental, personal de enfermería y médico calificado a fin de que se proporcione una oportuna y adecuada atención médica para emergencias en el mencionado establecimiento penitenciario.

TERCERA. Ordene que se proporcione capacitación continua al personal de los Centros de Readaptación Social de la entidad, para atender casos de urgencia, con objeto de que se garantice el irrestricto respeto a los Derechos Humanos.

CUARTA. Se colabore ampliamente con esta Comisión Nacional en el inicio y trámite de la queja que se promueva ante la Contraloría General del Gobierno del Estado de Colima, para que, en el marco de sus facultades y atribuciones, investigue la actuación de los servidores públicos involucrados en los presentes hechos y determine si sus conductas fueron constitutivas de responsabilidad administrativa.

QUINTA. *Se colabore ampliamente en el seguimiento que esta Comisión Nacional dé a la averiguación previa 2, que se integra en la Procuraduría General de Justicia de ese estado, a fin de que en un término perentorio se emita la determinación de la misma.*

México, D. F., a 18 de junio de 2013

**Sobre el caso de la inadecuada atención médica y pérdida de la vida de V1,
quien se encontraba interno en el Centro de Readaptación Social de Manzanillo, Colima**

Lic. Mario Anguiano Moreno

Gobernador Constitucional del Estado de Colima.

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 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 de queja CNDH/3/2012/2806/Q, relacionado con el fallecimiento de V1 en el Centro de Readaptación Social de Manzanillo, Colima.
2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que su nombre y datos personales se divulguen, 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 dicten las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. El 9 de enero de 2012, el presidente de la Comisión de Derechos Humanos del estado de Colima, solicitó a este organismo nacional la atracción de la queja formulada por Q1, quien expuso que por un medio de comunicación, se enteró que la noche del 13 de julio de 2011, su hermano, V1, fue detenido por elementos de la Policía Municipal de Manzanillo, al haber sido denunciado por su esposa tras golpearla, por lo que a las 9:00 horas del 16 del mes y año citados en último término, acudió a buscarlo a la Agencia del Ministerio Público de la Procuraduría General de Justicia de la mencionada entidad federativa, donde le informaron que su consanguíneo había sido trasladado al Centro de Readaptación Social de Manzanillo; al llegar a su domicilio al medio día, una trabajadora social del aludido establecimiento penitenciario, le comunicó a su madre el fallecimiento de V1, aduciendo que cuando les entregaron el cuerpo presentaba golpes y moretones.
4. En razón de lo antes expuesto, se acordó ejercer la facultad de atracción del asunto de mérito, iniciándose el expediente CNDH/3/2012/2806/Q, a fin de documentar violaciones a derechos humanos en contra de V1, y para ello, el 17 de abril de 2012, se solicitó a la Comisión local de referencia, la remisión del expediente original que se integraba en ese lugar, a fin de que este organismo nacional continuara con la atención respectiva. Así, el 26 de abril de 2012, la citada Comisión local, envió las constancias que integran el expediente CDHEC/282/11, y se solicitó información a la Procuraduría General de Justicia de la enunciada entidad federa-

tiva, quién remitió diversas constancias relacionadas con los hechos, cuya valoración lógica jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta recomendación.

II. EVIDENCIAS

5. Oficio PRE/001/2012, de 9 de enero de 2012, mediante el cual el presidente de la Comisión de Derechos Humanos del estado de Colima, solicitó a este organismo nacional la atracción de la queja formulada por Q1, en favor de V1.
6. Acuerdo de 2 de abril de 2012, por el que se determinó ejercer la facultad de atracción del expediente CDHEC/282/11, iniciado en la referida Comisión local.
7. Oficio PRE/025/12, de 26 de abril de 2012, rubricado por el presidente de la Comisión de Derechos Humanos del estado de Colima, por el que remitió el original del expediente CDHEC/282/11, al cual se anexaron diversas constancias de las que destacan las siguientes:
 - 7.1. Queja formulada por Q1, el 19 de julio de 2011, ante personal del mencionado organismo local en favor de V1.
 - 7.2. Oficio 407/11, de 28 de julio de 2011, firmado por el secretario general de Gobierno del estado de Colima, al cual acompañó la información siguiente:
 - 7.2.1. Oficio 362/2011, de 28 de julio de 2011, a través del cual AR1, directora del Centro de Readaptación Social de Manzanillo, rindió informe al director general de Prevención y Readaptación Social del estado de Colima, respecto del ingreso, estancia y traslado de V1 en dicho establecimiento penitenciario; destacando que de la entrevista y por observación se determinó que el indiciado presentaba un estado de inanición consistente en estado de agotamiento físico, debilidad y poca capacidad para concentrarse, secundario a la nula ingesta de alimentos, destacando el doctor que su estado de salud era de regular a malo, por lo que indicó cita abierta en caso de urgencia; que en el transcurso de la noche del 15 del citado mes y año, AR3, comandante de Compañía de Seguridad Interna, al realizar rondines de vigilancia observó a V1 deambular por el dormitorio, agitado y haciendo caso omiso a su indicación de que se acostara para que descansara; asimismo, acompañó a su ocurso copia del expediente técnico jurídico que se le integró al agraviado y de las fotografías de la celda en la cual estuvo ubicado en su internamiento en ese sitio, cuyas constancias se citan a continuación:
 - 7.2.1.1. Oficio 1458/2011, de 15 de julio de 2011, suscrito por el agente del Ministerio Público adscrito a la Procuraduría General de Justicia de la citada entidad federativa, mediante el cual dejó a V1 en el interior del mencionado centro de reclusión, a disposición del Juzgado de lo Penal en turno en Manzanillo, siendo las 15:01 horas de esa fecha.
 - 7.2.1.2. Estudio clínico psicofísico de ingreso de V1 al Centro de Readaptación Social de Manzanillo, realizado a las 15:20 horas del 15 de julio de 2011, en el que el médico de ese sitio, le encontró edema de labio inferior derecho y equimosis óculo palpebral interna derecha secundaria a golpearse accidentalmente sobre la tasa del baño, de 24 horas de evolución presentando múltiples dermoescoriaciones en región frontal y mandibular superior derecha y en estado de inanición, razón por la cual lo dejó con cita abierta en caso de urgencia.
 - 7.2.1.3. Parte informativo, de 16 de julio de 2011, por el que el subdirector de Seguridad del Centro de Readaptación Social de Manzanillo, comunicó a la directora de ese lugar, la conducta agresiva de V1, siendo necesario someterlo para conducirlo con la psicoterapeuta.

- 7.2.1.4.** Reporte de Atención Psicoterapéutica, de 16 de julio de 2011, a través del cual la psicóloga del CERESO de referencia, indicó que V1 fue canalizado por el área de Seguridad por presentar conducta heteroagresiva al insultar y empujar a su compañero de estancia y auto agresiva por golpear con su cuerpo la puerta de la estancia, lastimar su nariz al romper la llave de agua del lavabo. Lo recibe con estado de ánimo descontrolado, afecto embotado (aturdido), desorientado en tiempo y espacio, incongruencia en el contenido de sus pensamientos sus frases repetidas son "llevo 8 jornadas trabajando y deseo recibir mi dinero"; manifestando sensación de dolor sin conciencia de cómo y dónde le duele. Lo diagnostica con trastorno psicótico inducido por abstinencia a sustancias tóxicas, con estado de ánimo maniaco, consecuentemente determinó canalizarlo al área médica para valoración.
- 7.2.1.5.** Certificado médico, de las 11:00 horas de 16 de julio de 2011, elaborado por AR2, médico de guardia, en el que asentó que el paciente cursaba con un cuadro de neurosis con agresividad sin control, en la enfermería se mantuvo inquieto, con difícil manejo y no obstante que le aplicó medicamento continuó con agitación, considerando conveniente no aplicar más fármaco por su posible comparecencia ante el Juzgado del conocimiento.
- 7.2.1.6.** Certificado médico, de las 11:45 horas de 16 de julio de 2011, rubricada por AR2, médico de guardia, en la que refirió que fue solicitado por los oficiales para revaloración de V1 en virtud de tener dificultad respiratoria, encontrando al paciente en remisión de su agitación psicomotriz, somnoliento, sin respuesta a estímulos verbales, con palidez de piel, disminución del pulso, por lo que lo canalizó con solución fisiológica y se le colocó mascarilla nasofaríngea con oxígeno al 100%; sin embargo, como su sintomatología continuaba deteriorándose, determinó enviarlo al Hospital General de Manzanillo, con carácter urgente.
- 7.2.1.7.** Oficio 347/2011, de 16 de julio de 2011, signado por el subdirector jurídico del Centro de Readaptación Social de Manzanillo, por el que ordenó al jefe de grupo de Seguridad de ese sitio, que trasladara a V1 al servicio de urgencias del Hospital General de esa ciudad.
- 7.2.1.8.** Oficio 980/2011, de 16 de julio de 2011, firmado por el subdirector jurídico del referido establecimiento, mediante el cual solicitó al director general de Seguridad Pública y Vialidad de Manzanillo, apoyo para trasladar a V1, del mencionado establecimiento penitenciario al citado nosocomio.
- 7.2.1.9.** Nota médica, de las 14:00 horas de 16 de julio de 2011, emitida por AR2, médico de guardia, en la que mencionó que aproximadamente a las 12:00 horas salieron del CERESO de referencia, en un vehículo oficial, en la parte trasera iban 2 oficiales, él y el paciente, quien presentaba signos vitales poco perceptibles, no obstante continuaron con maniobras de soporte vital básico, advirtiendo en el trayecto ausencia de pulso, de respiración, ausencia completa del reflejo corneal y palidez generalizada, por lo que le dieron una vez más un ciclo de soporte vital básico, pero ante la falta de respuesta, a la llegada al aludido hospital comentó al médico de urgencias la pérdida de signos vitales y éste se negó a darle atención de soporte vital avanzado y esperaron el arribo del Ministerio Público para los trámites correspondientes.
- 7.2.1.10.** Escrito de 16 de julio de 2011, rubricado por el compañero de celda de V1, en el que menciona que en el transcurso de la noche anterior V1 se la

pasó diciendo muchas incoherencias, gritando a personas inexistentes y por ratos se escondía en el baño, se subía a las bardas que dividen, éste de la estancia, queriendo salir por el techo de la misma, en un momento se aventó de cabeza (clavado) golpeándose la frente, permaneciendo quieto aproximadamente una hora, se levantó y se colgaba de la regadera hasta que rompió el tubo provocando que ésta se inundara, además de insultarlo, dándole golpes y patadas, continuando en la mañana con su actitud agresiva, no obstante que los elementos de Seguridad le decían que se estuviera calmado que lo iban a “medicar” para que se tranquilizara.

7.3. Oficio PGJ'1808/2011, de 28 de julio de 2011, suscrito por el subprocurador operativo de la Procuraduría General de Justicia del estado de Colima, al cual acompañó la documentación que a continuación se detalla:

7.3.1. Tarjeta informativa, de 22 de julio de 2011, mediante la cual la agente del Ministerio Público titular de la Mesa Tercera, comunicó al subprocurador operativo de la citada Procuraduría, las actuaciones realizadas en la averiguación previa 1, iniciada en contra de V1, por la probable comisión del delito de violencia intrafamiliar y lesiones calificadas, entre las que destacan las siguientes:

7.3.1.1. Oficio 0429/2011, de 13 de julio de 2011, firmado por el juez calificador del Ayuntamiento de Manzanillo, por el que dejó a V1 a disposición del agente del Ministerio Público del Fuero Común en Turno de la Procuraduría General de Justicia del estado de Colima.

7.3.1.2. Nota de las 19:00 horas del 13 de julio de 2011, a través de la cual la oficial secretario de la Agencia del Ministerio Público de la Mesa Tercera, da cuenta de recibido el oficio 0429/2011, de 13 de julio de 2011, signado por el juez calificador del Ayuntamiento de Manzanillo, quedando V1 en la sala de espera de la Comandancia de la Policía de Procuración de Justicia de esa entidad federativa.

7.3.1.3. Examen de integridad física, de 14 de julio de 2011, emitido por un perito médico adscrito a la Procuraduría General de Justicia del estado de Colima, en el que señaló que a la exploración física que se le efectuó a V1, lo encontró coherente en su diálogo, orientado en tiempo, espacio y persona, con signos vitales dentro de los parámetros normales, no presentó datos de lesiones recientes o huella de agresión física alguna.

7.3.1.4. Constancia ministerial, de las 15:50 horas de 14 de julio de 2011, suscrita por la mencionada representación social, en la que asentó, que al otorgarle las facilidades a V1 para que realizara una llamada telefónica con sus familiares, encontrándose tembloroso del cuerpo, perdió el equilibrio resultando lesionado del rostro en el parental derecho, cara lateral de lengua y labio inferior, con sangrado nasal.

7.3.1.5. Constancia ministerial, de las 16:10 horas del 14 de julio de 2011, mediante la cual la agente del Ministerio Público de la Mesa Tercera, en atención a la sugerencia del perito médico, ordenó el traslado de V1 al Hospital General de Manzanillo.

7.3.1.6. Oficio 1450/2011, de 14 de julio de 2011, por el que la aludida autoridad ministerial solicitó al comandante de la Policía de Procuración de Justicia, ambos de la referida Procuraduría, la custodia de V1, en su traslado de la sala de espera de esa Comandancia al Hospital General de Manzanillo.

7.3.1.7. Oficio 1451/2011, de 14 de julio de 2011, signado por la agente del Ministerio Público de la Mesa Tercera, a través del cual pidió al director de Seguridad Pública de Manzanillo, la custodia de V1, mientras estuviera recibiendo atención en el Hospital General de Manzanillo.

- 7.3.1.8.** Constancia ministerial, de las 20:35 horas de 14 de julio de 2011, en la que la enunciada representación social, asentó que recibió llamada telefónica de la Comandancia de la Policía de Procuración de Justicia, informándole que V1, había sido dado de alta del Hospital General de Manzanillo y trasladado nuevamente a las instalaciones de esa corporación donde quedaba a su disposición.
- 7.3.1.9.** Oficio 1485/2011, de 14 de julio de 2011, mediante el cual elementos de la Policía de Procuración de Justicia, rindieron informe de investigación, asentando que dentro de la averiguación previa 1, se entrevistaron con la denunciante, con la madrastra de ésta y con V1 como probable responsable.
- 7.3.1.10.** Examen de integridad física, de 15 de julio de 2011, emitido por perito médico adscrito a la Procuraduría General de Justicia del estado de Colima, en el que expuso que a la exploración física V1 presentó exco-riación epidérmica de 2 por 2 centímetros en región frontal derecha y otra de 1 por 1 centímetros en nariz, hematoma nasal y en labio inferior.
- 7.3.1.11.** Acuerdo, de 15 de julio de 2011, por el que la autoridad ministerial del conocimiento consignó la averiguación previa 1, integrada en contra de V1, como probable responsable de los delitos de violencia intrafamiliar y lesiones calificadas.
- 7.3.1.12.** Oficio 1458/2011, de 15 de julio de 2011, a través del cual la agente del Ministerio Público de la Mesa Tercera puso a V1, a disposición del Juzgado de lo Penal en turno de Manzanillo, en el interior del Centro de Readaptación Social de esa localidad.
- 7.3.2.** Tarjeta informativa, de 26 de julio de 2011, mediante la cual el agente del Ministerio Público titular de la Mesa Primera, comunicó al subprocurador operativo de la referida Procuraduría, las actuaciones realizadas en la averiguación previa 2, iniciada en contra de quien o quienes resultaran responsables de la comisión del delito de homicidio cometido en contra de V1, entre las que destacan las siguientes:
 - 7.3.2.1.** Fe ministerial, realizada a las 13:10 horas de 16 de julio de 2011, por la que la representación social del conocimiento, en compañía de peritos en medicina forense y en criminalística, realizaron levantamiento de cadáver y su traslado al anfiteatro a fin de que se le practicara la necropsia de ley.
 - 7.3.2.2.** Informe de levantamiento de cadáver, realizado el 16 de julio de 2011, por perito criminalista y dirigido al agente del Ministerio Público titular de la Mesa Primera, al cual adjuntó 26 fotografías.
 - 7.3.2.3.** Declaración de AR2, médico de guardia, en calidad de probable responsable, de 17 de julio de 2011, en la que refirió la atención que le brindó a V1, a partir de las 11:00 del día anterior en el interior del CERESO de Manzanillo y en el traslado al Hospital General de la localidad, así como al fallecimiento de éste en el trayecto.
 - 7.3.2.4.** Declaración del médico de guardia del establecimiento penitenciario que nos ocupa, de 19 de julio de 2011, en la que manifestó las condiciones en que recibió a V1, a su ingreso a ese sitio, el 15 del citado mes y año, resaltando que lo encontró en estado de inanición, consistente en un estado de agotamiento físico secundario a nula ingesta de alimentos, estado de salud de regular a malo, con la presencia de lesiones físicas, por lo que realizó una indicación al personal de Seguridad y Custodia, a fin de que se le diera de comer, concluyendo así, su intervención en el caso, ya que no tuvo durante las siguientes horas de su jornada laboral, reporte alguno de Enfermería ni de los custodios en relación a la condición de

salud del agraviado, por lo que al día siguiente a las 08:00 horas entregó el turno al médico entrante.

- 7.3.2.5.** Declaración de enfermera de guardia del CERESO de Manzanillo, en calidad de probable responsable, de 20 de julio de 2011, en la que expresó la asistencia dada al médico que atendió a V1, el día 16 del referido mes y año, al cual pudo observar con dificultad para respirar, hasta el momento en que fue egresado de ese lugar, en una camilla.
- 7.3.2.6.** Testimonial del compañero de estancia de V1, de 22 de julio de 2011, en la que señaló que a su ingreso al reclusorio de mérito, fue ubicado donde se encontraba V1, quien caminaba desesperado, se mojaba, rasguñaba los muros y los barrotes, gritaba incoherencias, corría chocando y subiendo a las bardas que dividen la estancia del baño y se escondía; que tiró una garrafa de agua, dándose cuenta un elemento de Seguridad, el cual preguntó quién la había derramado, pero como ambos guardaron silencio, el vigilante se retiró; que a la mañana siguiente el ahora occiso se aceleró aún más, hasta que por lo mojado del piso resbaló y cayó al suelo; que cuando les llevaron el desayuno, aquél no consumió nada, después llegaron 4 elementos de Seguridad diciéndole que se estuviera tranquilo que lo iban a sacar de la celda, a lo cual se negó, agrediendo a los elementos, no obstante lo sujetaron y se lo llevaron; posteriormente, un custodio le preguntó qué había pasado y le entregó papel y lápiz para que lo plasmara por escrito.
- 7.4.** Oficio 5002-UJ-313/2011, de 3 de agosto de 2011, suscrito por el secretario de Salud y Bienestar Social del estado de Colima, mediante el cual comunicó la atención que se le brindó a V1 en el Hospital General de Manzanillo y que el certificado de defunción respectivo, con número de folio 110050241, fue entregado al Complejo de Seguridad Pública de Manzanillo, quienes fueron los encargados de emitir dicho documento; destacando, que V1, ingresó y egresó del Hospital General de Colima, recibiendo la atención y tratamiento que requería, dado que su deceso no ocurrió en el interior del nosocomio; al oficio se anexó diversa documentación entre la que destaca, la siguiente:
- 7.4.1.** Nota de urgencias de primer contacto, de las 17:20 horas de 14 de julio de 2011, en la que el médico del referido Hospital General asentó que V1 le expresó que llevaba 2 días detenido, que no había comido, que por la mañana tuvo crisis convulsivas y vómito; asimismo indicó que éste presentaba antecedentes de alcoholismo intenso, última ingesta el domingo, con diagnóstico de crisis convulsivas, síndrome de abstinencia alcohólica, deshidratación y herida en cavidad oral, por lo cual le estableció tratamiento.
- 7.4.2.** Nota de urgencias, de las 20:20 horas del 14 de julio de 2011, de la que se desprende que el tratamiento prescrito a V1, fue hidratación, aplicación multivitamínicos y le practicaron estudios de laboratorio, se le dio de alta del servicio con cita abierta y le proporcionaron medicamento.
- 7.4.3.** Certificado de defunción de V1, número 110050241, de 16 de julio de 2011, elaborado por un médico del Complejo de Seguridad Pública, en el que asentó que la causa del deceso fue indeterminada.
- 7.4.4.** Oficio sin número, de 1 de agosto de 2011, mediante el cual el director del Hospital General de Manzanillo, asentó que la estancia de V1, en ese lugar, fue mínima ya que ingresó a las 17:20 y fue dado de alta a las 20:20 horas del día 14 de julio de 2011, con cita abierta; sin embargo, no existen datos de atención posterior, asimismo, envió copia de las hojas de urgencias correspondientes a la atención que se le brindó.
- 7.5.** Oficio 0139/2011, de 18 de julio de 2011, por el que el oficial del Registro Civil de Manzanillo, envió al Juzgado de lo Penal de esa localidad, copia certificada del acta de defunción de V1.

- 7.6.** Oficio sin número, de 9 de agosto de 2011, mediante el cual el director de Asuntos Jurídicos del Municipio de Manzanillo, remitió diversa documentación relacionada con la detención de que fue objeto V1, por personal de ese Ayuntamiento, entre las que se encuentran las siguientes constancias:
- 7.6.1.** Oficio DSP-0991/2011, de 1 de agosto de 2011, rubricado por el presidente Municipal de Manzanillo, a través del cual expresó que la detención de V1, fue realizada por elementos de la Policía Municipal, previa denuncia de su concubina; que en el aseguramiento, el agraviado se entregó voluntariamente; que el traslado a la Estación de Policía transcurrió sin novedad y en la certificación médica de ingreso a sus instalaciones, se destacó el estado de intoxicación que presentaba, además de que fue recibido oportunamente por la representación social, sin novedad alguna, lo cual se corrobora con la siguiente documentación:
- 7.6.1.1.** Informe Policial Homologado DSP-2, del 13 de julio de 2011, signado por elementos de la Policía Municipal de Manzanillo, del cual se desprende que siendo las 17:00 horas, recibieron reporte vía radio de que se estaba presentando un problema familiar, cuando llegaron al lugar una persona del sexo femenino les manifestó que su “pareja”, la había agredido físicamente dejándole moretones en diferentes partes del cuerpo; acotando que ya en otras ocasiones lo había hecho, señalándoles al probable responsable el cual se encontraba sobre la calle, por lo que lo aseguraron, lo trasladaron a la Estación de Policía, donde quedó junto con sus pertenencias a disposición del juez calificador en turno, ya que la afectada les indicó que procedería legalmente en su contra.
- 7.6.1.2.** Certificado médico, de las 18:20 horas de 13 de julio de 2011, practicado por médico cirujano legalmente autorizado, en el que se asentó que a la exploración física encontró a V1, con intoxicación etílica de segundo grado, pantorrilla derecha con herida antigua dermoepidérmica provocada por accidente automovilístico.
- 7.7.** Oficio SGG-482/2011, de 15 de septiembre de 2011, firmado por el secretario general de Gobierno del estado de Colima, al cual se acompañó, entre otra, copia del diverso 444/2011, por el que AR1, directora del Centro de Readaptación Social de Manzanillo, remitió copia fotostática de fotografías correspondientes a la celda en que estuvo recluso V1 en ese lugar, en las cuales se puede apreciar las 2 bardas que dividen el baño de la estancia.
- 7.8.** Acuerdo, de 12 de diciembre de 2011, mediante el cual la Comisión de Derechos Humanos de la aludida entidad federativa, en atención al escrito de queja presentado por Q1, determinó solicitar a este organismo nacional la atracción del presente asunto.
- 8.** Actas circunstanciadas, de 6 y 27 de junio de 2012, suscritas por un visitador adjunto adscrito a este organismo nacional referentes a las comunicaciones telefónicas efectuadas con personal de la Comisión de Derechos Humanos del estado de Colima, relacionadas con la documentación adicional generada en el expediente de queja respectivo.
- 9.** Oficio 1475/2012, recibido en esta institución nacional el 30 de julio de 2012, rubricado por el Subprocurador Técnico de la Procuraduría General de Justicia de la citada entidad federativa, al cual anexó copia certificada de la necropsia practicada a V1, en la que los peritos médicos forenses concluyen que falleció a consecuencia de un edema cerebral severo.
- 10.** Actas circunstanciadas, de 27 de agosto, 3, 24 de septiembre, 15 de octubre y 13 de noviembre de 2012, rubricadas por un visitador adjunto adscrito a este organismo nacional relativas a las comunicaciones telefónicas efectuadas la primera, con personal de la Comisión de Derechos Humanos, y las demás, con servidores públicos de la Procuraduría General de Justicia, ambas del estado de Colima, relativas a la documentación adicional generada en el asunto que nos ocupa.

11. Oficio 2389/2012, de 15 de noviembre de 2012, signado por el subprocurador técnico de la Procuraduría General de Justicia de la citada entidad federativa, mediante el cual acompañó copia del diverso 3442, firmado por la agente del Ministerio Público titular de la mesa Primera, del que se desprende que la averiguación previa 2, se encuentra en trámite.
12. Opinión médica, de 10 de diciembre de 2012, emitida por una servidora pública de esta Comisión Nacional, de profesión médico, en la que determinó que las lesiones descritas en la necropsia, fueron producto de la caída que V1 sufrió durante su estancia en la sala de espera de la Policía de Procuración de Justicia y posteriormente en la celda del Centro de Readaptación Social de Manzanillo, además de que el médico de este último lugar, no identificó que el padecimiento del interno requería hospitalización inmediata.
13. Entrevistas telefónicas que personal de este organismo nacional sostuvo con funcionarios de la Procuraduría General de Justicia del estado de Colima, que constan en actas circunstanciadas de 30 de enero y 18 de febrero de 2013.
14. Oficio 597/2013, de 2 de abril de 2013, signado por la subprocuradora técnica de la aludida Procuraduría General de Justicia, al cual acompañó copia del diverso 1049/2013, firmado por la agente del Ministerio Público titular de la Mesa Primera, del que se desprende que la averiguación previa 2 está en trámite.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

15. De las constancias existentes en el expediente, se advirtió que el 13 de julio de 2011, V1 fue detenido por elementos de la Policía Municipal de Manzanillo, Colima, siendo puesto a disposición del juez calificador de la localidad en la Estación de Policía, por la probable comisión de los delitos de violencia intrafamiliar y lesiones; al ser certificado se le encontró con intoxicación etílica de segundo grado y pantorrilla derecha con herida antigua dermoepidérmica provocada por accidente automovilístico.
16. En la misma fecha de su detención V1, quedó a disposición del agente del Ministerio Público titular de la Mesa Tercera de la Procuraduría General de Justicia de la citada entidad federativa, donde un perito médico forense advirtió que no presentaba lesiones recientes o huellas de agresión física; en la tarde del día siguiente, la autoridad ministerial constató que al momento de otorgarle facilidades para que realizara una llamada telefónica perdió el equilibrio al encontrarse tembloroso, lo que ocasionó que cayera al suelo y resultara lesionado del rostro en el parental derecho, sangrado nasal y heridas en cara lateral de la lengua y labio inferior; a sugerencia del referido perito médico se ordenó su traslado al Hospital General de Manzanillo, donde le diagnosticaron crisis convulsivas, síndrome de abstinencia alcohólica, deshidratación y herida en cavidad oral, para lo cual se le hidrató, le aplicaron multivitamínicos y glucosa; por la noche fue dado de alta del mencionado nosocomio y a las 15:01 horas del 15 del citado mes y año, ingresó al Centro de Readaptación Social de Manzanillo, a disposición del Juzgado de lo Penal en turno.
17. Es el caso, que a su arribo al mencionado establecimiento penitenciario el médico de guardia de éste lugar, le realizó exploración física encontrando edema de labio inferior derecho, equimosis oculopalpebral derecho, múltiples dermoescoriaciones en región frontal, y mandibular superior derecha, con un diagnóstico de inanición; en el transcurso de la noche AR3, comandante de Compañía de Seguridad Interna, observó que el agraviado deambulaba por el dormitorio, agitado e ignoró su indicación de que se acostara, reportando tal situación a AR4, comandante de Compañía de Seguridad Interna, quien recibió el servicio a las 8:00 horas del 16 de julio de 2011. En el pase de lista, el compañero de estancia de V1, manifestó al personal de vigilancia que éste se encontraba agresivo; que al trepar una de las bardas que dividen el baño de la estancia cayó al suelo de cabeza, que lo había estado pateando y hablaba incoherencias; así, al advertir la conducta violenta del interno lo sometieron para que lo

valorará la psicóloga, profesionista que al diagnosticarlo, sugirió lo atendiera el médico, por lo que al auscultarlo AR2 le ministró medicamento y 45 minutos más tarde, ante la falta de respuesta sugirió su traslado al Hospital General de Manzanillo, sin embargo, falleció en el trayecto, lo cual dio origen al inicio de la averiguación previa 2.

18. De igual manera, en el presente expediente no se advierte la existencia de procedimiento administrativo en contra de los servidores públicos involucrados en los hechos que nos ocupan.

IV. OBSERVACIONES

19. Antes de entrar al estudio de las violaciones a derechos humanos que dieron origen al presente pronunciamiento debe precisarse que este organismo nacional no se opone a las acciones que realizan las autoridades relativas a la prisión preventiva de los probables responsables de delitos, sino a que tales acciones se efectúen fuera del marco constitucional y del sistema internacional de derechos humanos, pues toda actuación de las autoridades que tienen asignada dicha tarea debe velar por la salud y la seguridad de los detenidos con estricto apego a los derechos humanos que reconoce nuestra Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
20. Ahora bien, del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja número CNDH/3/2012/2806/Q, de conformidad con el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este organismo nacional observó que se violó el derecho humano a la protección de la vida, la salud y a la seguridad jurídica de V1, toda vez que las omisiones en la atención médica y de vigilancia que se le proporcionó por parte del personal del Centro de Readaptación Social de Manzanillo, Colima, fue inadecuada y tardía, faltando al deber de cuidado y como consecuencia perdió la vida, en atención a las siguientes consideraciones:
21. De acuerdo a la información recabada se desprende que una vez que V1, fue detenido y puesto a disposición del agente del Ministerio Público Titular de la Mesa Tercera de la Procuraduría General de Justicia del estado de Colima, éste determinó a sugerencia del perito médico forense, trasladarlo al Hospital General de Manzanillo, debido a las lesiones que se ocasionó, por el deterioro físico que presentaba dada la intensa ingesta de alcohol, por lo que necesitaba atención médica.
22. Así, a las 17:20 horas del 14 de julio de 2011, V1 ingresó al mencionado nosocomio, donde el médico de urgencias, le diagnosticó crisis convulsivas, síndrome de abstinencia alcohólica, deshidratación y herida en cavidad oral, para lo cual le indicó hidratación, le aplicaron multivitamínicos y le realizaron estudios de laboratorio, dándolo de alta del servicio con cita abierta y le proporcionaron medicamento.
23. Por otra parte, en el estudio clínico psicofísico de ingreso del agraviado al aludido establecimiento penitenciario, esto es a las 15:20 horas del 15 de julio del citado año, el médico de este lugar, advirtió el deterioro físico en que se encontraba, e incluso dejó cita abierta en caso de urgencia, lo cual no aconteció, no obstante, que AR1, directora del mismo, informó que en el transcurso de la noche AR3, comandante de Compañía de Seguridad Interna, al realizar los rondines de vigilancia, pudo observar que V1, deambulaba en su dormitorio y se encontraba agitado, haciendo caso omiso a su indicación de que se acostara, siendo hasta las 08:00 horas del día siguiente, cuando al entregar la guardia, comunicó a AR4, comandante de Compañía de Seguridad Interna, el comportamiento del hoy occiso y fue a las 11:00 horas que lo valoró AR2, médico de guardia, quien no advirtió que éste requería hospitalización inmediata, consecuentemente, tal retraso ocasionó que la salud de V1, se deteriorara rápidamente.
24. Llama la atención de esta Comisión Nacional el hecho de que AR1, AR2, AR3 y AR4, directora, médico de guardia y comandantes de Compañía de Seguridad Interna del CERESO en cuestión, respectivamente, no consideraron que el padecimiento de V1 era grave y que al mis-

mo tiempo indicaran que probablemente requería ser trasladado para recibir atención médica de otro nivel, dado que en ese lugar no cuentan con el equipo necesario, lo cual evidencia falta de comunicación entre los servidores públicos referidos, toda vez que AR1 y AR3, directora y comandante de Compañía de Seguridad Interna, estaban enterados que el interno tenía cita abierta al servicio médico de ese sitio de presentarse alguna urgencia, por el delicado estado de salud que presentaba y sin embargo, permaneció alrededor de 20 horas a partir de su ingreso, sin tener seguimiento médico.

25. De lo anteriormente narrado se desprende que AR2, médico de guardia del CERESO que nos ocupa, no valoró cuidadosamente a V1, ya que en su nota de las 11:00 horas del 16 de julio de 2011, asentó que éste presentaba las mismas heridas que se describieron en la hoja de ingreso, lo cual no resulta coincidente con lo narrado en el escrito del compañero de estancia del agraviado, sobre su comportamiento en el transcurso de la noche anterior y madrugada de ese día, en el sentido de que al encontrarse desesperado golpeaba las paredes y la puerta, escalaba y saltaba por las bardas que dividen el baño de la estancia ocasionándose lesiones con tales movimientos y con la caída que sufrió de una de éstas, e incluso en el reporte de atención psicoterapéutica se manifestó que tenía sensación de dolor sin conciencia de cómo y dónde le dolía, además de que, las lesiones que precisó dicho facultativo, no coinciden con las plasmadas en la necropsia que le fue practicada al agraviado.
26. En la referida necropsia se indicó que V1 presentaba las siguientes lesiones al exterior: múltiples escoriaciones epidérmicas en el rostro a nivel de la región frontal del lado derecho, escoriación epidérmica de 3 por 5 centímetros que abarca las regiones cigomática y malar del lado derecho, contusión con inflamación y equimosis en región ocular del lado derecho, contusión con una herida epidérmica de 0.5 centímetros de longitud en región nasal, misma que presenta inflamación leve y huellas de material hemático en ambas fosas, contusión con proceso inflamatorio moderado en región bucal con herida de 0.3 centímetros en la mucosa del lado inferior, así como hematoma en la misma zona, contusión con equimosis en el tronco de forma irregular de 8 por 9 centímetros a nivel de tórax en su cara lateral izquierda, 3 zonas de contusión con equimosis, la primera a nivel de región infra escapular de 2 por 1 centímetro de forma oval, la segunda a nivel de región lumbar de forma alargada de 8 por 2 centímetros de longitud y la tercera a nivel del glúteo derecho de 4 por 2 centímetros de forma irregular, además de varias lesiones en las extremidades superiores e inferiores consistentes en: escoriación epidérmica de 1 por 0.5 centímetros en región deltoidea del lado derecho, escoriación epidérmica con equimosis de 5 por 5 centímetros de longitud en codo izquierdo, múltiples escoriaciones epidérmicas lineales a nivel de ambas muñecas, escoriaciones epidérmicas a nivel de ambas rodillas, escoriación epidérmica en cara anterior del tercio proximal de la ante pierna derecha, herida abrasiva de 6 por 1 centímetro de longitud en estado resolutivo en el tercio medio en su cara posterior de la pierna derecha y escoriación epidérmica en tobillo izquierdo.
27. Cabe destacar lo señalado por el subdirector de Seguridad del Centro de Readaptación Social de Manzanillo, en el sentido de que una vez que el personal de vigilancia advirtió la conducta alterada y auto agresiva de V1 y que su compañero de estancia les refirió que decía incoherencias, lo insultaba y lo agredía físicamente, se le tuvo que someter, a fin de que fuera valorado por la psicoterapeuta, quien le detectó datos correspondientes a confusión mental, estado de ánimo descontrolado, afecto embotado (aturdido), desorientado en tiempo y espacio, incongruencia en el contenido de sus pensamientos, sensación de dolor sin conciencia de cómo y dónde le duele, por lo cual les indicó a los custodios que lo llevaran al área médica, donde AR2, médico de guardia, le diagnosticó neurosis con agresividad sin control y únicamente le indicó haloperidol de 5 miligramos intramuscular y no obstante que el paciente continuó inquieto con difícil manejo y reincidiendo con actitud violenta, no reconsideró el diagnóstico para trasladarlo al hospital ya que el tratamiento que requería no se le podía proporcionar en el mencionado establecimiento penitenciario.

28. Por lo tanto, de la opinión emitida por personal médico de esta institución se desprende que la pérdida de la vida de V1, se debió a la falta de vigilancia del personal de custodia del CERESO de Manzanillo, así como a un seguimiento médico estrecho dado el estado de inanición que presentó a su ingreso a ese sitio, empero como ello no aconteció, su salud se deterioró rápidamente lo que ocasionó que falleciera; no obstante, que en la noche del 15 de julio de 2011, AR3, comandante de Compañía de Seguridad Interna, al realizar los rondines de vigilancia lo observó agitado y no lo canalizó al servicio médico.
29. Por ello, para este organismo nacional es de hacer notar la negligencia de AR3 y AR4 comandantes de Compañía de Seguridad Interna, ya que en el estudio psicofísico de ingreso de las 15:20 horas del 15 de julio de 2011, el facultativo del CERESO que nos ocupa, dejó indicaciones de que debido al deteriorado estado de salud de V1, tenía cita abierta en caso de urgencia y de las notas médicas de la atención que le proporcionaron en ese sitio, AR2, médico de guardia, lo valoró hasta las 11:00 y 11:45 horas del día siguiente, determinando en la segunda de ellas, trasladarlo al Hospital General de Manzanillo, lo cual se considera que fue demasiado tiempo para que se atendiera una urgencia, pues el agraviado falleció 15 minutos después.
30. Todo lo anterior demuestra una deficiente, inadecuada, así como injustificado retraso en la atención médica proporcionada a V1, contraviniendo con ello lo previsto por los artículos 4, párrafo cuarto, 18, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como 51, párrafo primero y 77, Bis, 1, párrafo segundo, de la Ley General de Salud; 48, 72 y 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 4.10 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, toda vez que la condición física de V1, disminuyó aceleradamente hasta que perdió la vida, debido a que no recibió la atención médica inmediata y especializada que requería; lo anterior se robustece con la opinión médica emitida por personal médico de esta institución el 10 de diciembre de 2012.
31. Por lo tanto, este organismo nacional considera que AR2, médico de guardia del aludido establecimiento, no valoró la importancia que el asunto ameritaba, ni observó el procedimiento instaurado, ya que V1 únicamente recibió cuidados paliativos siendo que requería de atención especializada.
32. En tal sentido, conviene señalar que la protección de la salud está considerada como un derecho humano, el cual debe ser garantizado por el Estado, máxime a las personas privadas de la libertad, ya que dada su condición de reclusión, no tienen la posibilidad de buscar por sí mismas la atención médica que requieren. Por lo tanto, la autoridad penitenciaria, al encargarse de la custodia de los presos, asume la calidad de garante y la obligación de asegurar todos aquellos derechos que la disposición judicial no ha restringido, como es el derecho a la protección de la salud.
33. En ese orden de ideas, toda persona privada de la libertad tiene derecho a que la institución penitenciaria le brinde los servicios médicos apropiados, y de ser necesario, realice las gestiones que correspondan ante los servicios de salud para que se le brinde una atención integral y, en su caso, provea los recursos para financiar dicha atención, lo que en el caso no sucedió, pues como ya se refirió transcurrieron alrededor de 20 horas para que el agraviado fuera nuevamente valorado, no obstante que estaba comprometida su vida, la cual finalmente perdió.
34. Por lo antes expuesto, esta Comisión Nacional considera que las omisiones y conductas imputadas al personal Directivo, de Seguridad y Médico del Centro de Readaptación Social de Manzanillo, son violatorias del derecho a la protección de la salud en agravio de V1, lo cual contraviene el principio X de la Resolución 1/08 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, "Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas" el cual señala que las personas privadas de libertad tendrán derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, que incluye, entre otros, la atención médica, psiquiátrica y odontológica adecuada; la

disponibilidad permanente de personal médico idóneo e imparcial; el acceso a tratamiento y medicamentos apropiados y gratuitos.

35. Al respecto, en el caso *Neira Alegría y otros vs. Perú*, sentencia de 19 de enero de 1995, párrafo 60, de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, argumentó que las personas privadas de su libertad deben gozar de condiciones compatibles con su dignidad humana y que las autoridades, al ser inmediatamente responsables de ellos, deben garantizarles el derecho a la vida y a la integridad física.
36. A su vez, en el Caso “*Instituto de Reeducción del Menor*” vs. Paraguay, sentencia de 2 de septiembre de 2004, párrafos 152 y 153, la Corte detalló que las autoridades asumen una serie de obligaciones específicas frente a los sujetos que tienen bajo su custodia y que, en consecuencia, es necesario que tomen iniciativas especiales para garantizar a los detenidos o reclusos las condiciones necesarias para que desarrollen una vida digna y así contribuir al goce efectivo de aquellos derechos que no pueden restringirse o que su limitación no deviene de la privación de la libertad.
37. Así lo ha precisado la Corte Interamericana de Derechos Humanos cuyas resoluciones son obligatorias para el Estado mexicano, de acuerdo a lo establecido por el artículo 62 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en razón del reconocimiento de la competencia contenciosa de ese tribunal, de acuerdo con el Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de febrero de 1999.
38. En consecuencia, es preciso que se realicen las acciones necesarias para garantizar que los internos del Centro de Readaptación Social de Manzanillo, Colima, cuenten con servicios médicos que brinden oportuna y adecuada atención médica. Entre estas acciones, es conveniente que se implementen mecanismos para que en todo momento, el personal médico actúe con prontitud a fin de salvaguardar el derecho humano a la protección de la salud.
39. De igual manera, con las omisiones referidas se incumplió lo previsto en el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; además tales hechos son contrarios a los artículos 1; 2, fracción V; 23; 27, fracción III; 33, fracciones I y II, de la Ley General de Salud; 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 1, 2, fracciones I y V, 7, fracción IX, 15, fracción I, 71 y 72, de la Ley de Salud del Estado de Colima, que refieren, en forma general, que el derecho a la protección de la salud tiene como una de sus finalidades el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, mediante acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad, atendiendo a un diagnóstico temprano que permita proporcionar un tratamiento oportuno.
40. Los servidores públicos de mérito, tampoco 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 de las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
41. Al respecto, los numerales 12.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1 y 10.2, incisos a) y b), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, en síntesis ratifican el contenido de los preceptos constitucionales, señalando la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, y establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a la población, en cuanto al disfrute de un servicio médico de calidad; y de adoptar para ello, las medidas necesarias para la eficacia de ese derecho.

42. En este sentido, los artículos 6.1., del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1., de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; I y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3 y 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; 10.1., 10.2., incisos a) y f), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ratifican el contenido del artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los que se hace referencia 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.
43. Asimismo, los servidores públicos de mérito no observaron lo dispuesto en los artículos 24 y 25.1 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, así como el 24, del Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión, concernientes a que el médico deberá examinar a cada recluso a su ingreso y ulteriormente tan a menudo como sea necesario, para determinar la existencia de una enfermedad física o mental y tomar en su caso las medidas necesarias; además, visitar diariamente a los reclusos enfermos.
44. Adicionalmente, esta institución nacional considera que la ausencia de personal capacitado para la custodia de personas privadas de la libertad, contraviene lo dispuesto por los numerales 46, puntos 1) y 3), y 47, puntos 2) y 3), de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, los cuales señalan que la administración penitenciaria escogerá cuidadosamente el personal de todos los grados, puesto que de la integridad, humanidad, aptitud personal y capacidad profesional del personal dependerá la dirección de los establecimientos y para lograr tal fin será necesario que los miembros del personal trabajen exclusivamente como funcionarios penitenciarios; destacando que éstos deberán seguir, antes de entrar en el servicio, un curso de formación general y especial, además de que después de su entrada y en el transcurso de su carrera deberá mantener y mejorar sus conocimientos y su capacidad profesional siguiendo cursos de perfeccionamiento que se organizarán periódicamente; por lo tanto, para esta institución nacional la falta de personal idóneo y suficiente para realizar dichas tareas de vigilancia es indebido, toda vez que el respeto a los derechos humanos de las personas privadas de la libertad implica necesariamente que todo el personal de los lugares de detención conozca las obligaciones y los límites que estos derechos les imponen en el ejercicio de sus funciones.
45. Es evidente, que la autoridad penitenciaria no contaba con personal de Seguridad y Custodia capacitado para garantizar un ambiente de seguridad al agraviado, toda vez que el médico que lo recibió dejó como prescripción médica observación y dieta por lo que se debía vigilar que comiera, indicación que no se siguió, ya que no obstante que en los rondines que AR3, comandante de Compañía de Seguridad Interna, efectuó en la noche del 15 de julio de 2011, observó a V1 agitado y no lo canalizó al Servicio Médico, incumpliendo lo dispuesto en el artículo 92, incisos a) y f), del Reglamento Interior del Centro Estatal de Readaptación Social de Colima, de aplicación supletoria en los establecimientos penitenciarios de la citada entidad federativa, el cual dispone que para garantizar la seguridad y el orden dentro del Centro se observara a los detenidos a fin de advertir sus movimientos, estableciendo un sistema de comunicación que permita verificar si se mantiene el orden.
46. El compañero de estancia de V1, expresó que aquél estuvo inquieto y agresivo la mayor parte de la noche del 15 de julio de 2011, al grado de golpear y romper la tubería del baño, provocando que se inundara la celda y no obstante su comportamiento violento, el personal de Seguridad no realizó ninguna acción para asistirlo y evitar que se ocasionara daños a su persona, pues sólo le decían “que se estuviera calmado, que lo iban a medicar para que se tranquilizara”.
47. Ante estos resultados, esta Comisión Nacional estima que el proceder de AR1, AR3 y AR4, directora y comandantes de Compañía de Seguridad Interna del CERESO que nos ocupa, fue

contrario a lo dispuesto por los incisos b) y c), del artículo 3º, del referido Reglamento Interior del Centro Estatal de Readaptación Social de Colima, toda vez que tenían como obligación primordial la custodia de las personas que se encuentran detenidas, lo que conlleva, sin lugar a dudas, a salvaguardar su vida e integridad física; pues en el caso se acreditó que los mencionados servidores públicos omitieron llevar a cabo acciones eficaces y oportunas para garantizar la seguridad de V1, no obstante que sabían que la integridad física del mismo, se encontraba en inminente peligro al no cuidar el suministro de alimentos suficientes para el restablecimiento de su salud, cuando su obligación normativa era no poner en riesgo la seguridad del agraviado, sin dejar de observar esta institución, la respuesta que AR1, directora del Centro penitenciario de referencia, dio a la solicitud planteada por personal de la Comisión de Derechos Humanos de la citada entidad federativa, relativa a que “de la entrevista y por observación se determinó que el indiciado presentaba un estado de inanición consistente en estado de agotamiento físico, debilidad y poca capacidad para concentrarse, secundario a la nula ingesta de alimentos, destacando el doctor que su estado de salud era de regular a malo, por lo que indicó cita abierta a urgencias”.

48. Por lo anterior, se evidencia la omisión de AR1, AR3 y AR4, directora y comandantes de Compañía de Seguridad Interna del establecimiento que nos ocupa, para garantizar, desde una perspectiva integral, la vida de las personas que se encuentran privadas de su libertad, así como la obligatoriedad de incrementar medidas de protección.
49. Esta Comisión Nacional concluye que las autoridades involucradas en los hechos que nos ocupan, no cumplieron con eficacia la obligación de garantizar el respeto a la integridad física de V1, ni con la de favorecer condiciones para su reinserción social que en la especie se traduce en la omisión de garantizar a los individuos que su persona sea protegida por el estado, brindando protección y auxilio, así como custodiar, proteger, vigilar o implementar medidas precautorias para dar seguridad.
50. Así, se pone en evidencia que los citados servidores públicos omitieron cumplir con el deber de cuidado, y con ello faltaron a su obligación de garantizar, desde una perspectiva general, la vida, integridad y seguridad personal de V1 en ese centro penitenciario, de igual manera, se considera que sus conductas y omisiones, vulneraron su derecho a la seguridad jurídica, toda vez que éstos eran garantes de sus derechos y primordialmente de la protección a su salud, sin embargo, omitieron canalizarlo oportunamente al Hospital General de la localidad, y no minutos antes de que perdiera la vida, pues al igual que toda persona, tenía la garantía de vivir, aun en reclusión, en un Estado de derecho, bajo la vigilancia de un sistema jurídico normativo, coherente y permanente, dotado de certeza; lo anterior adquiere especial consideración, en razón de que una de las funciones primordiales del Estado es la protección de los ciudadanos, ya que es el encargado de garantizar en todo momento, tanto la seguridad de las personas, como la de sus bienes, posesiones o derechos.
51. El deber de prevención abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promueven la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa; que no basta que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre.
52. Lo anterior adquiere especial consideración toda vez que una de las funciones primordiales del Estado es la protección de los ciudadanos, pues éste es el encargado de garantizar en todo momento, tanto la seguridad de las personas, como de sus bienes, posesiones o derechos ante cualquier tipo de ataque, sobre todo tratándose de personas privadas de su libertad que están en una situación de vulnerabilidad, por lo que la actividad gubernamental debe pugnar por el estricto respeto de los derechos humanos.

53. Así, los derechos a la vida y a la integridad personal son dos condiciones indispensables para los seres humanos, cuyo respeto, protección y garantía no pueden ser desdeñadas por las autoridades; ambos involucran una serie de obligaciones negativas y positivas por parte del Estado, dado que el goce efectivo de estos derechos es una condición necesaria para el disfrute de otros derechos humanos.
54. Por un lado, el derecho a la vida implica, en principio, que el Estado debe abstenerse de efectuar acciones que directa o indirectamente pongan en peligro o puedan privar de la vida a persona alguna y, adicionalmente que las autoridades tienen la obligación de tomar las medidas pertinentes (administrativas, legales y/o judiciales) para que terceros no afecten este derecho y para que las condiciones de vida de los individuos sean las óptimas.
55. En efecto, el derecho a la vida está íntimamente relacionado y es complementario de otros derechos, como la integridad personal, el cual consiste en la preservación y desarrollo de las capacidades y aptitudes físicas y psicológicas de una persona; este derecho protege a los individuos de daños físicos o mentales provocados por una multiplicidad de acciones y omisiones tanto de las autoridades que hagan uso de sus potestades públicas, o aquéllas que no se encuentren investidas en ese momento de su cargo público, así como de los actos de entes particulares.
56. En ese contexto, conviene señalar que la integridad personal tiene su origen en el respeto a la vida, que es el bien jurídico cuya protección constituye el fin y objetivo principal, por lo que se trata de un derecho que no admite excepciones, sino que es absoluto y, por ende, su vigencia no puede alterarse, garantizando la seguridad jurídica para los gobernados y sustentando con ello el Estado de derecho.
57. Así, el ser humano, por el hecho de serlo, tiene derecho a mantener su integridad física, psíquica y moral, por lo que debe protegerse a toda persona de cualquier omisión o acción del Estado que pueda afectarla.
58. Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, estableció en el caso 19 “*Comerciantes vs. Colombia*”, que al no ser respetado el derecho a la vida, todos los derechos carecen de sentido, enfatizando que los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho inalienable y en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra el goce del mismo.
59. Ello presupone la obligación negativa de que ninguna persona sea privada de la vida y la obligación positiva de que las autoridades tomen todas las medidas apropiadas para proteger y preservar ese derecho, bajo su deber de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos de todas las personas bajo su jurisdicción.
60. Consecuentemente, esta Comisión Nacional considera que AR1, AR2, AR3 y AR4, directora, médico de guardia y comandantes de Compañía de Seguridad Interna, no cumplieron adecuadamente con la función de garantizar la vida e integridad personal de V1, en términos de lo establecido en los artículos 1º y 2º, del aludido Reglamento Interior del Centro Estatal de Readaptación Social, que señala que la organización del Centro debe procurar la seguridad de los internos, basada en los principios de igualdad y dignidad del hombre.
61. En el mismo sentido, las conductas atribuidas a AR1, AR2, AR3 y AR4, directora, médico de guardia y comandantes de Compañía de Seguridad Interna del establecimiento referido, pueden ser constitutivas de responsabilidades administrativas, de conformidad con el artículo 44, fracción I, de la Ley Estatal de Responsabilidades de los Servidores Públicos de Colima, la cual establece, que todo servidor público tendrá la obligación de cumplir el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.
62. Consecuentemente, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 6 fracción III 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 sus atribuciones, presente queja ante la Contraloría General del Gobierno del estado de Colima, a fin de que se inicie el procedimiento administrativo correspondiente en contra de los servidores públicos involucrados en los hechos narrados.

63. Además, con fundamento en el artículo 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, dará seguimiento a la averiguación previa 2, que se inició por el fallecimiento de V1, a efecto de que en un término perentorio se determine la referida indagatoria, en contra de los servidores públicos del Centro de Readaptación Social de Manzanillo, que intervinieron en el caso, con el objetivo de que se precise la responsabilidad penal y se sancione a los responsables de los delitos cometidos en contra de la víctima, a fin de que dichas conductas no queden impunes.
64. Finalmente, toda vez que el sistema de protección no jurisdiccional de derechos humanos constituye una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad en que incurrieron los servidores públicos del estado de Colima, esta Comisión Nacional, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero, 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 14 de la Convención Contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles Inhumanos o Degradantes; 9 de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, considera procedente solicitar se giren instrucciones para que se repare el daño a los familiares de V1 que conforme a derecho corresponda.
65. Con base en lo expuesto, esta Comisión Nacional se permite formular a usted señor Gobernador del estado de Colima, respetuosamente, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Instruya a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar el daño ocasionado a los familiares de V1, o a quien compruebe mejor derecho para ello y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se realicen las acciones necesarias para que en lo sucesivo se cuente con el instrumental, personal de enfermería y médico calificado a fin de que se proporcione una oportuna y adecuada atención médica para emergencias en el mencionado establecimiento penitenciario y se informe de esta situación a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

TERCERA. Ordene que se proporcione capacitación continua al personal de los Centros de Readaptación Social de la entidad, para atender casos de urgencia con el objeto de que se garantice el irrestricto respeto a los derechos humanos, y se remitan a este organismo nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se colabore ampliamente con esta Comisión Nacional en el inicio y trámite de la queja que se promueva ante la Contraloría General del Gobierno del estado de Colima, para que en el marco de sus facultades y atribuciones, investigue la actuación de los servidores públicos involucrados en los presentes hechos y determine si sus conductas fueron constitutivas de responsabilidad administrativa, remitiendo a este organismo nacional las constancias que le acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Se colabore ampliamente en el seguimiento que esta Comisión Nacional dé a la averiguación previa 2, que se integra en la Procuraduría General de Justicia de ese estado, a

fin de que en un término perentorio se emita la determinación de la misma, y remitan a este organismo nacional las constancias que le acrediten su cumplimiento.

66. 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 actos violatorios a los derechos humanos cometidos por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, así como realizar, 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.
67. De conformidad con 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, sea informada 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 le dirige se envíen a esta Comisión Nacional, dentro del término de 15 días hábiles siguientes a la fecha en que se haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma.
69. Cuando las recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X y 46, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su competencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

El Presidente
Dr. Raúl Plascencia Villanueva

Recomendación 23/2013

Sobre el caso de inadecuada atención médica en agravio de V1, en los Hospitales de Especialidades No. 71, en Coahuila y General de Zona No. 1, en Zacatecas, ambos del IMSS

SÍNTESIS

1. En 2005, V1, niño de 10 años de edad, fue diagnosticado por personal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con un cuadro clínico de insuficiencia renal crónica, consecuencia de hipoplasia renal (enfermedad congénita por falta de desarrollo renal); por ello, fue remitido al Hospital de Especialidades Número 71 de ese Instituto, en Torreón, Coahuila, donde el 4 de octubre de ese mismo año se le trasplantó un riñón donado por su madre.
2. La evolución clínica de V1 se reportó estable durante los siguientes años, pero el 6 de enero de 2011, personal del Hospital de Especialidades Número 71 del IMSS informó a Q1 y Q2 que sería necesario ingresar a la víctima, ya que presentaba datos que manifestaban un cuadro clínico de rechazo agudo de injerto renal, situación que fue corroborada a través de una biopsia y ultrasonografía.
3. Toda vez que el estado de salud de V1 continuó deteriorándose, el 25 y 29 de mayo, así como el 2, 3 y 13 de junio de 2011 se le practicó hemodiálisis; el 16 de ese mismo mes y año el paciente fue referido a su unidad de adscripción; sin embargo, de acuerdo con el dicho de Q1, al llegar al Hospital General de Zona Número 1 del IMSS en Zacatecas recibieron atención inadecuada, en virtud de que V1 fue programado para otra hemodiálisis hasta el día 23 siguiente.
4. El 23 de junio de 2011 V1 ingresó al Hospital General de Zona Número 1 del IMSS en Zacatecas, donde se le suministró un litro de solución fisiológica, lo que provocó afectaciones en su estado de salud, en virtud de que era un paciente con insuficiencia renal a quien no se le había practicado hemodiálisis desde hacía 10 días, por lo que no estaba en circunstancias que le permitieran depurar dicho líquido, situación que provocó que éste se acumulara y presentara un edema pulmonar.
5. Posteriormente, V1 presentó tres paros cardiorrespiratorios que le provocaron daño cerebral; el 24 de junio de 2011 les fue informado a Q1 y Q2 que su hijo era positivo a la presencia de Hepatitis C; además, durante los días siguientes tuvo crisis convulsivas derivadas del daño neurológico que sufrió, por lo que el 2 de julio de ese año fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos, en donde a las 11:50 horas del 14 del mes y año citados perdió la vida, determinándose como causas de su muerte en el certificado de defunción: insuficiencia respiratoria aguda, hemorragia pulmonar y coagulopatía, y como estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo: encefalopatía anoxo-isquémica e insuficiencia renal crónica terminal.

Observaciones

6. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2011/6973/Q, se contó con elementos que permitieron observar transgresiones a los derechos a la protección de la salud y a la vida, así como al interés superior del niño, en agravio de V1, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, médicos adscritos al Hospital de Especialidades Número 71 en Coahuila y al Hospital General de Zona Número 1 en Zacatecas, ambos del IMSS, en atención a lo siguiente:
7. En 2005, V1 fue diagnosticado con un cuadro clínico de insuficiencia renal crónica, secundaria a hipoplasia renal. Por ello, el 4 de octubre de 2005 se le realizó un trasplante renal; sin embargo, en agosto de 2010 presentó incrementos de creatinina, por lo que se realizaron cambios en su tratamiento. El 17 de diciembre de ese año V1 acudió a consulta externa en el Hospital de Especialidades Número 71

del IMSS, en Torreón, Coahuila, donde se advirtió que presentaba elevación de la creatinina sérica, así como de ciclosporina, por lo que se hizo un ajuste a la dosis de medicamentos y se le indicó que debería acudir a valoración en 15 días.

8. El 6 de enero de 2011, V1 acudió a consulta en el mencionado Hospital de Especialidades Número 71 del IMSS, donde se observó que nuevamente presentaba aumento en los niveles séricos de creatinina, siendo diagnosticado con un cuadro clínico de rechazo agudo de injerto renal; por ello, se ordenó su internamiento, así como modificar su plan de manejo.
9. El 21 de enero de 2011 se realizó una biopsia, así como una ultrasonografía al injerto renal de V1, advirtiéndose la existencia de un adelgazamiento importante de la corteza renal con datos compatibles de nefropatía, es decir, de rechazo de injerto renal; posteriormente, el 23 de mayo de 2011 se informó a Q1 y Q2 que el estado de salud de V1 continuaba deteriorándose, en virtud de que no tenía una respuesta positiva al inmunosupresor que le estaba siendo suministrado y que dicha circunstancia estaba propiciando un incremento de la creatinina y de la urea, por lo que AR1, médico pediatra del Hospital de Especialidades Número 71, sugirió que se le colocara un catéter Mahurkar, a fin de iniciar su plan de manejo mediante hemodiálisis.
10. V1 continuó recibiendo atención en el Hospital de Especialidades Número 71 del IMSS, desprendiéndose de las constancias del expediente clínico que al menos fue tratado por AR1, AR2 y AR3 hasta el 14 de junio de 2011, y que en los días 25 y 29 de mayo, así como 2 y 3 de junio de ese año se le practicaron hemodiálisis sin que los médicos realizaran los estudios que les permitieran detectar la presencia de Hepatitis C en la víctima.
11. Es decir que ni AR1, AR2 y AR3 solicitaron dicho estudio, a pesar de encontrarse obligados a ello, en términos de lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-171-SSA1-1998, Para la Práctica de Hemodiálisis, la cual establece que el personal y el establecimiento donde se efectúe la hemodiálisis será responsable solidariamente de realizar las actividades para el control de la hepatitis, tales como investigar en cada paciente de nuevo ingreso y trimestralmente, la presencia del antígeno de superficie de la hepatitis B y del anticuerpo contra el virus de la Hepatitis C.
12. Lo anterior, en opinión del perito de esta Comisión Nacional, constituyó una omisión grave que colocó en peligro la vida de V1, ya que, como se señalará más adelante, posteriormente se tuvo conocimiento de que la víctima, efectivamente, fue infectada con el virus de Hepatitis C, del cual, si bien no fue posible determinar con exactitud en qué momento lo adquirió, dadas las circunstancias del caso, hay un alto grado de probabilidad de que lo hubiera contraído al momento en que se le realizó el procedimiento de hemodiálisis en el Hospital de Especialidades Número 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila, por ser la máquina filtradora la fuente de infección a la que estuvo expuesto el paciente, aunado a que, como ya se indicó, el personal médico no le practicó los exámenes que permitieran acreditar o descartar que la víctima portaba el mismo desde antes.
13. El 23 de junio de 2011, V1 acudió a consulta al Hospital General de Zona Número 1 del IMSS, en Zacatecas, donde AR4 lo encontró con fiebre, tos seca, hipertenso de 160/110 (siendo la normal de 120/60), leve dificultad respiratoria, rudeza respiratoria y taquicardia de 120 latidos por minuto; dicho servidor público indicó como plan de manejo de la víctima ingresarla al área de Nefrología y suministrarle solución fisiológica de 1,000 cc, es decir, pasar un litro en 12 horas.
14. Al respecto, el perito médico de esta Comisión Nacional observó que la indicación de AR4, consistente en administrar solución fisiológica a V1, fue inadecuada, en virtud de que se trataba de un paciente con insuficiencia renal con rechazo a injerto, lo cual condicionaba que su función renal no pudiera manejar la depuración de tal cantidad de líquido y que, por lo tanto, el mismo se quedara circulando en el organismo o secuestrado en algún órgano, como posteriormente sucedió.
15. Además, se observó que AR4 omitió referir a la víctima al Hospital de Especialidades Número 71 del IMSS, ya que necesitaba manejo integral; asimismo, tampoco solicitó que se le efectuaran estudios de laboratorio y hemodiálisis de forma urgente, lo cual resultaba de suma importancia, ya que la última sesión del citado tratamiento le había sido realizada desde 10 días antes y se trataba de un paciente que requería dos sesiones por semana.
16. V1 ingresó al área de Nefrología del Hospital General de Zona Número 1 del IMSS, en Zacatecas, siendo valorado por AR5; al respecto, el perito médico de este Organismo Nacional señaló que el citado servidor público también omitió solicitar que se practicaran estudios de laboratorio urgentes a V1, así como verificar u ordenar que se le tomara una placa de Rayos X, a fin de establecer el tipo de proceso infeccioso pulmonar que presentaba. Además, AR5 omitió solicitar que se realizara a V1 una hemodiálisis y referirlo al siguiente nivel de atención, con la finalidad de que recibiera manejo especializado e integral; asimismo, tampoco ordenó que se le suspendiera la administración de líquidos parenterales para evitar una complicación por acumulación o filtración a otros órganos, como el corazón, los riñones o los pulmones.

- 17.** Posteriormente, a las 23:30 horas, un médico adscrito al Hospital General de Zona Número 1 del IMSS advirtió que V1 presentaba dificultades para respirar, por lo cual determinó intubarlo; sin embargo, en ese momento se percató de que la víctima mostraba expectoración asalmonelada, síntoma indicativo de edema agudo pulmonar, es decir, de acumulación de líquido en el parénquima pulmonar que causa la ruptura de los alveolos pulmonares y sangrado; dicha situación, en opinión del perito de esta Comisión Nacional, corroboró que, efectivamente, el suministro de solución fisiológica vía endovenosa a la víctima, por parte de AR4, que no fue interrumpido de manera inmediata por AR5, resultó inadecuado, ya que repercutió en su estado de salud, a grado tal de causarle el cuadro clínico señalado.
- 18.** V1 fue conectado a un ventilador mecánico, pero debido al deterioro de su estado de salud, presentó tres paros cardíacos, los cuales, si bien fueron manejados adecuadamente por el personal médico que lo atendió, mediante atropina y adrenalina, le provocaron daño cerebral por hipoxia.
- 19.** El 24 de junio de 2010, AR5, médico nefrólogo adscrito al Hospital General de Zona Número 1 del IMSS, indicó de forma tardía que se suministrara un paquete globular a V1, y que se le realizara de manera urgente hemodiálisis, previa toma de panel viral, el cual arrojó que el paciente era positivo a la presencia de Hepatitis C, lo cual permitió corroborar lo señalado en párrafos anteriores, en el sentido de que V1 fue contagiado durante los procedimientos de hemodiálisis que se le realizaron en el Hospital de Especialidades Número 71 de ese Instituto en Torreón, Coahuila.
- 20.** Durante los siguientes días V1 presentó crisis convulsivas derivadas del daño neurológico provocado por hipoxia cerebral, señalándose como plan de manejo anticonvulsivantes, antibióticos y valoraciones médicas por especialistas en Infectología, Medicina Interna y Cuidados Intensivos. El 2 de julio de 2011 la víctima ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos con un cuadro clínico de daño neurológico irreversible, lugar donde recibió tratamiento especializado.
- 21.** El estado de salud de V1 continuó deteriorándose, a grado tal que a las 11:50 horas del 14 del mes y año citados perdió la vida, señalándose en el certificado de defunción como causas de su muerte: insuficiencia respiratoria aguda, hemorragia pulmonar y coagulopatía, y como estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo: encefalopatía anoxoishémica e insuficiencia renal crónica terminal.
- 22.** Las irregularidades en que incurrió el personal médico tratante de V1, adscrito al Hospital General de Zona Número 1 del IMSS en Zacatecas, implicó que el estado de salud de la víctima se complicara, en virtud de que no solicitaron de manera urgente que se le practicaran los estudios y tratamientos de hemodiálisis correspondientes, ni lo refirieron al hospital en el que se le realizó el trasplante para que se le proporcionara un plan de manejo integral.
- 23.** Además, inadecuadamente indicaron que se le suministra solución fisiológica, la cual se acumuló en su pulmón, causándole un edema agudo pulmonar, el cual le provocó tres paros cardiorrespiratorios e hipoxia cerebral, favoreciendo la aceleración de la pérdida de la vida de la víctima, convalidándose así la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y el fallecimiento, y con ello la responsabilidad institucional que en materia de Derechos Humanos le es atribuible a servidores públicos del IMSS.
- 24.** No es obstáculo para llegar a la anterior conclusión que la víctima tuviera un trasplante renal, el cual, si bien es cierto, de acuerdo con la literatura médica, tenía un tiempo de sobrevida de cinco años antes de que se empezara a deteriorar, también lo es que las causas de muerte señaladas en el certificado de defunción de V1 fueron: insuficiencia respiratoria aguda, hemorragia pulmonar y coagulopatía, las cuales fueron consecuencia de la inadecuada atención médica que se le brindó en el Hospital General de Zona Número 1 del IMSS en Zacatecas, precisándose en el mismo que la encefalopatía anoxoishémica e insuficiencia renal crónica terminal solamente fueron estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero que no se encontraron relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo.
- 25.** Ahora bien, respecto de las irregularidades del personal médico tratante de V1 en el Hospital de Especialidades Número 71 del IMSS en Coahuila, se observó que si bien las mismas no contribuyeron a la muerte de V1, por sí solas sí constituyen una inadecuada atención médica, en virtud de que omitieron observar el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-171-SSA1-1998, Para la Práctica de Hemodiálisis.
- 26.** No pasó desapercibido el hecho de que varias de las notas médicas del expediente clínico generado en los multicitados hospitales del IMSS con motivo de la atención médica proporcionada a V1 presentaban irregularidades como ilegibilidad, desorden cronológico, ausencia de membrete de la unidad médica para su identificación, así como 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.

27. En consecuencia, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, médicos adscritos a los Hospitales de Especialidades Número 71 y General de Zona Número 1 del IMSS, en Coahuila y Zacatecas, vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida.
28. Para esta Comisión Nacional las violaciones a los 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 el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en diversos instrumentos internacionales en la materia, implicaba que V1 recibiera una atención prioritaria e inmediata por parte del personal de los Hospitales de Especialidades Número 71 y General de Zona Número 1 del IMSS en Coahuila y Zacatecas.

Recomendaciones

PRIMERA. Se tomen medidas para que se continúe con el trámite de la reparación del daño a Q1 y Q2, o a quien tenga mejor derecho a ello, con motivo de la responsabilidad institucional del IMSS, y envíe las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. En los hospitales de ese Instituto 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 y el manejo de pacientes con insuficiencia renal, esto con el objetivo de evitar omisiones como las que dieron origen al presente pronunciamiento, y envíe los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado y las demás constancias con las que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se emita una circular dirigida al personal médico de los Hospitales de Especialidades Número 71 y General de Zona Número 1 del IMSS, en Coahuila y Zacatecas, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas.

CUARTA. Girar sus instrucciones a quien corresponda para que los servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, especialmente los adscritos a los multicitados hospitales, 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 y protegidos, 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. Colaborar en el trámite de la queja que se promueva ante el Órgano Interno del Control en ese Instituto.

SEXTA. Colaborar en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de la República.

México, D.F., a 20 de junio de 2013

Sobre el caso de inadecuada atención médica en agravio de V1, en los Hospitales de Especialidades No. 71, en Coahuila y General de Zona No. 1, en Zacatecas, ambos del IMSS

Dr. José Antonio González Anaya
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/1/2011/6973/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. En 2005, V1, en ese entonces niño de 10 años de edad, fue diagnosticado por personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con un cuadro clínico de insuficiencia renal crónica, consecuencia de hipoplasia renal (enfermedad congénita por falta de desarrollo renal); por ello, fue remitido para su atención al Hospital de Especialidades No. 71 de ese instituto, en Torreón, Coahuila, donde el 4 de octubre de ese mismo año, se le trasplantó un riñón donado por su madre.
4. La evolución clínica de V1 se reportó estable durante los siguientes años, pero el 6 de enero de 2011, personal del Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS informó a Q1 y Q2 que sería necesario ingresar a la víctima con la finalidad de practicarle diversos estudios, ya que presentaba datos que manifestaban un cuadro clínico de rechazo agudo de injerto renal, situación que fue corroborada el 21 de ese mismo mes y año a través de una biopsia y ultrasonografía los cuales arrojaron que V1 presentaba adelgazamiento importante de la corteza renal.
5. Toda vez que el estado de salud de V1 continuó deteriorándose sin responder al plan de manejo que le fue indicado, el 25 y 29 de mayo, así como el 2, 3 y 13 de junio de 2011, se le practicó una hemodiálisis; el 16 de ese mismo mes y año el paciente fue referido a su unidad de adscripción para que continuara con su tratamiento; sin embargo, de acuerdo al dicho de Q1, al llegar al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Zacatecas, recibieron atención inadecuada, en virtud de que V1 fue programado para otra hemodiálisis hasta el día 23 siguiente.
6. El 23 de junio de 2011, V1 ingresó al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, en Zacatecas, donde se le suministró un litro de solución fisiológica, lo que provocó afectaciones en su estado de salud, en virtud de que era un paciente con insuficiencia renal a quien no se le había practicado hemodiálisis desde hacía diez días por lo que no estaba en circunstancias que le permitieran depurar dicho líquido, situación que provocó éste se acumulara y presentara un edema pulmonar.
7. Posteriormente, V1 presentó tres paros cardiorrespiratorios que le provocaron daño cerebral por falta de aporte sanguíneo y oxígeno al cerebro; el 24 de junio de 2011 les fue informado a Q1 y Q2 que su hijo era positivo a la presencia de Hepatitis C; además, el menor de edad durante los días siguientes tuvo crisis convulsivas derivadas del daño neurológico que sufrió, por lo que el 2 de julio de ese año fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos del citado hospital, en donde a las 11:50 horas del 14 de ese mismo mes y año perdió la vida, determinándose como causas de su muerte en el certificado de defunción: insuficiencia respiratoria aguda, hemorragia pulmonar y coagulopatía; y como estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo: encefalopatía anoxisquémica e insuficiencia renal crónica terminal.

8. Por lo anterior, el 27 de julio de 2011, Q1 presentó queja ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Zacatecas, la cual, por razón de competencia, el 10 de agosto de 2011 fue turnada a este organismo nacional, donde se inició el expediente CNDH/1/2011/6973/Q. Ante ello, se solicitaron los informes correspondientes, así como copia de los expedientes clínicos respectivos a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS.

II. EVIDENCIAS

9. Escrito de queja presentado por Q1, el 27 de julio de 2011 ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Zacatecas.
10. Comunicaciones telefónicas sostenidas el 18 de agosto y 7 de septiembre de 2011, por personal de esta Comisión Nacional con Q1 y Q2.
11. Informes generados con motivo de la atención médica que se le proporcionó a V1 en los Hospitales de Especialidades No. 71 y General de Zona No. 1 del IMSS en Coahuila y Zacatecas, enviadas a este organismo nacional a través del oficio No. 09521746B0/014234, de 12 de septiembre de 2011, por el titular de la División de Atención a Quejas CNDH de ese instituto, de los que destacaron:
 - 11.1. Informe médico de V1, elaborado por AR1, médico pediatra adscrita al Departamento de Trasplantes de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila.
 - 11.2. Resumen clínico de V1, emitido el 2 de septiembre de 2011 por el jefe de Departamento de Trasplantes de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila.
 - 11.3. Memorándum interno No. 340101012151.1.176/2011, de 7 de septiembre de 2011, suscrito por el director del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Zacatecas, con relación a la atención médica otorgada a V1, al que anexó:
 - 11.3.1. Hoja de solicitud de referencia y contrarreferencia de V1, emitida el 15 de junio de 2011 por AR1, médico pediatra adscrita al Departamento de Trasplantes de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila.
 - 11.3.2. Nota de atención médica y prescripción de V1, emitida a las 10:31 horas del 23 de junio de 2011 por AR4, médico adscrito al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, en Zacatecas.
 - 11.3.3. Nota de ingreso a Nefrología de V1, de 23 de junio de 2011, emitida por AR5, médico adscrito al servicio de Nefrología del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, en Zacatecas.
 - 11.3.4. Notas de evolución de V1, realizadas a las 02:15 y 02:35 horas del 24 de junio de 2011 por un médico adscrito al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, en Zacatecas.
 - 11.3.5. Nota de evolución de V1, elaborada a las 10:00 horas del 24 de junio de 2011 por AR5, médico adscrito al servicio de Nefrología del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, en Zacatecas.
 - 11.3.6. Resultados de laboratorio practicados a V1, el 24 de junio de 2011, en el servicio de Medicina Interna, los cuales fueron solicitados por AR5, médico adscrito al servicio de Nefrología del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, en Zacatecas.
 - 11.3.7. Nota de evolución y gravedad de V1, realizada a las 05:00 horas del 25 de junio de 2011 por un médico adscrito al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, en Zacatecas.

- ## Recomendaciones

Trasplantes de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila.

- 12.4.** Notas médicas y prescripción de V1, elaborada a las 20:00 horas del 25 de mayo de 2011 por AR2, médico adscrita a la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila.
- 12.5.** Nota de evolución de V1, realizada a las 10:17 horas del 26 de mayo de 2011 por AR1, médico pediatra adscrita al Departamento de Trasplantes de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila.
- 12.6.** Nota de evolución de V1, elaborada a las 09:30 horas del 31 de mayo de 2011 por AR3, médico adscrita a la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila.
- 12.7.** Notas de evolución de V1, realizadas a las 09:00 y 11:40 horas del 2 de junio de 2011 por AR3, médico adscrita a la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila.
- 12.8.** Notas de evolución de V1, elaboradas a las 08:00 y 12:00 horas del 3 y 4 de junio de 2011 por AR3, médico adscrito a la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila.
- 12.9.** Notas de evolución de V1, realizadas a las 07:30 y 13:30 horas del 7 de junio de 2011 por AR3, médico adscrita a la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila.
- 12.10.** Nota de evolución y actualización del cuadro clínico de V1, elaborada a las 11:35 horas del 8 de junio de 2011 por AR3, médico adscrita a la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila.
- 12.11.** Nota de evolución y actualización del cuadro clínico de V1, realizada a las 14:05 horas del 14 de junio de 2011 por AR3, médico adscrita a la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila.
- 13.** Opinión médica emitida el 5 de junio de 2012 por un perito médico de esta Comisión Nacional que conoció del asunto, en la que se establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención médica proporcionada a V1, en el Hospital de Especialidades No. 71, así como en el Hospital General de Zona No. 1, ambos del IMSS, ubicados en Coahuila y Zacatecas, respectivamente.
- 14.** Comunicación telefónica sostenida el 19 de junio de 2012, entre personal de este organismo nacional y el jefe de Atención al Derechohabiente y Quejas del IMSS, quien señaló que la indemnización relacionada con el caso de V1 se encontraba en trámite en la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente de ese instituto.
- 15.** Copia del proyecto de la resolución de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS, de 4 de julio de 2012, en la que se precisó la procedencia del pago de la indemnización correspondiente así como de la atención psicológica necesaria con relación al caso de V1.
- 16.** Comunicaciones telefónicas sostenidas el 12 de julio, 6 y 30 de agosto de 2012, entre personal de este organismo nacional y el jefe de Área de Investigación Médica de Quejas del IMSS, quien señaló que se encontraba pendiente de recabar la firma del consejero patronal para otorgar la indemnización respectiva.
- 17.** Informe No. 09 52 17 46 B 0/ 013485, de 27 de julio de 2012, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, en el que señaló que la vista de los hechos al Órgano Interno de Control de ese instituto se encontraba en trámite.
- 18.** Escrito de Q1, presentado el 14 de agosto de 2012, en esta Comisión Nacional.
- 19.** Comunicación telefónica sostenida el 5 de septiembre de 2012, entre personal de este organismo nacional y personal adscrito a la Segunda Agencia del Ministerio Público Federal de la Procuraduría General de la República, con relación a la Averiguación Previa No. 1.

20. Informe No. 09 52 17 46 B 0/1583 de 7 de febrero de 2013, en el que el titular de la División de Atención a Quejas en materia de Derechos Humanos del IMSS, señaló a esta Comisión Nacional que se había dado vista de los hechos al Órgano Interno de Control en ese instituto, y anexó copia del oficio No. 09 52 17 46 B 0/001111, de 21 del citado mes y año, a través del cual se notificó a Q1 que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico acordó procedente proporcionar atención psicológica, pero no otorgar el pago de una indemnización, en relación al caso de V1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

21. En el año 2005, V1, quien en ese entonces tenía 10 años de edad, fue diagnosticado con un cuadro clínico de insuficiencia renal crónica, motivo por el cual fue remitido para su atención al Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila, donde el 4 de octubre de ese mismo año, se le trasplantó un riñón donado por Q2 (mamá).
22. La evolución clínica de V1 se reportó estable durante los siguientes años; sin embargo, el 21 de enero de 2011, personal del citado nosocomio lo diagnosticó con un cuadro clínico de rechazo agudo de injerto renal, por lo que fue sometido para su tratamiento a diversas hemodiálisis, pero sin que se le practicaran los estudios correspondientes; además, en dicho lugar pasó desapercibido para el personal médico que la víctima había adquirido Hepatitis C.
23. El 23 de junio de 2011, V1 ingresó al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, en Zacatecas, donde se le suministró un litro de solución fisiológica, sin considerar que se trataba de un paciente con insuficiencia renal al cual no se le había practicado hemodiálisis desde diez días antes y que por lo tanto no podría depurar dicho líquido, lo que provocó que el mismo se acumulara en el pulmón y presentara edema pulmonar, así como tres paros cardiorrespiratorios que le provocaron daño cerebral.
24. Finalmente, el 14 de julio de 2011, V1 perdió la vida, determinándose como causas de su muerte en el certificado de defunción: insuficiencia respiratoria aguda, hemorragia pulmonar y coagulopatía y como estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo: encefalopatía anoxo-isquémica e insuficiencia renal crónica terminal.
25. El 21 de enero de 2013, a través del oficio No. 09 52 17 46 B 0/001111, el IMSS informó que el 14 de diciembre del año anterior, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico de ese Instituto determinó que la Queja No. 1, relacionada con el caso de V1, había resultado procedente, pero que no había lugar al pago de indemnización, solamente a atención psicológica; no obstante, el 2 de mayo del presente año, se notificó a Q1 que la Coordinación de Legislación y Consulta acordó otorgarle una indemnización por \$165,564.00 (ciento sesenta y cinco mil quinientos sesenta y cuatro pesos).
26. Asimismo, el titular de la División de Atención a Quejas en materia de Derechos Humanos del IMSS, informó que se había dado vista al Órgano Interno de Control de ese instituto; sin embargo, a la fecha de elaboración del presente pronunciamiento no se han recibido en este organismo nacional evidencias que acrediten que se hubiera iniciado procedimiento alguno.
27. Además, Q1 señaló que con motivo de los agravios cometidos a V1, el 6 de octubre de 2010 presentó denuncia de hechos ante la Procuraduría General de Justicia del estado de Zacatecas, misma que fue remitida por incompetencia a la Procuraduría General de la República, quien dio inicio a la Averiguación Previa No. 1.

IV. OBSERVACIONES

28. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2011/6973/Q, en términos de lo dispuesto por el artículo 41 de la Ley de la Comi-

sión Nacional de los Derechos Humanos, se contó con elementos que permitieron observar transgresiones a los derechos a la protección de la salud y a la vida, así como al interés superior del niño, en agravio de V1, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, respectivamente, médicos adscritos al Hospital de Especialidades No. 71 en Coahuila y al Hospital General de Zona No. 1 en Zacatecas, ambos del IMSS, en atención a lo siguiente:

29. En el 2005, V1 de 10 años de edad, fue diagnosticado con un cuadro clínico de insuficiencia renal crónica, secundaria a hipoplasia renal (enfermedad congénita por falta de desarrollo renal). Por ello, el 12 de julio del mismo año, personal médico del Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila, solicitó que se le practicara un perfil viral y un protocolo de estudios para trasplante renal de donador vivo.
30. Ahora bien, toda vez que Q2, madre de la víctima resultó ser apta como donadora, el 4 de octubre de 2005, se realizó el citado trasplante renal, indicándose después de la intervención como plan de manejo inmunosupresor, suministrar tacrolimus, micofenolato y prednisona y acudir a control mensual.
31. En virtud, de que el estado de salud de V1 mostró una buena evolución clínica, en diciembre de 2009, se determinó remitirlo a su clínica de adscripción; sin embargo, en agosto de 2010, la víctima presentó incrementos de creatinina con variaciones de 1.4-1.6 y máximo de 1.9 mg/dl, por lo que se realizaron cambios en su tratamiento mediante ciclosporina. El 17 de diciembre de ese año, V1 acudió a consulta externa en el Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila, donde se advirtió que este presentaba elevación de la creatinina sérica (2.2), así como de ciclosporina, por lo que se hizo un ajuste a la dosis de medicamentos y se le indicó que debería acudir a valoración en 15 días.
32. El 6 de enero de 2011, V1 acudió a consulta externa en el mencionado Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila, donde después de ser valorado se observó que nuevamente presentaba aumento en los niveles séricos de creatinina (3.9 mg/dl), siendo diagnosticado con un cuadro clínico de rechazo agudo de injerto renal; por ello, se ordenó su internamiento, así como modificar su plan de manejo de acuerdo a la Guía de Referencia Rápida "Terapia Inmunosupresora en el Trasplante Renal", con lo cual se logró un descenso de los niveles creatinina (3.0 mg/dl).
33. Así las cosas, con el fin de estudiar el grado de deterioro de la función renal, el 21 de enero de 2011 se realizó una biopsia, así como una ultrasonografía al injerto renal de V1, advirtiéndose la existencia de un adelgazamiento importante de la corteza renal con datos compatibles de nefropatía, es decir de rechazo de injerto renal.
34. El 23 de mayo de 2011, se informó a Q1 y Q2 que el estado de salud de V1 continuaba deteriorándose, en virtud de que no tenía una respuesta positiva al inmunosupresor que le estaba siendo suministrado y que dicha circunstancia estaba propiciando un incremento de la creatinina (7.7 mg/dl) y de la urea, por lo que AR1, médico pediatra de la Unidad de Trasplante adscrita a la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades No. 71, en Torreón, Coahuila, sugirió que se colocara un catéter Mahurkar a la víctima, a fin de iniciar su plan de manejo mediante hemodiálisis.
35. V1 continuó recibiendo atención médica en el Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila, desprendiéndose de las constancias del expediente clínico enviado a esta Comisión Nacional, que al menos fue tratado por AR1, AR2 y AR3 hasta el 14 de junio de 2011, y que en los días 25 y 29 de mayo, así como 2 y 3 de junio de ese año se le practicaron hemodiálisis sin que los médicos tratantes realizaran los estudios correspondientes, que les permitiera detectar la presencia de Hepatitis C en la víctima.
36. Al respecto, el perito médico de este organismo nacional que conoció del caso observó que entre las constancias del expediente clínico de V1, enviadas a este organismo nacional, relativas al periodo del 5 de enero al 14 de junio de 2011, no se encontraron solicitudes ni reportes de panel viral de la víctima que permitieran precisar o descartar la existencia del anticuerpo para el virus de la Hepatitis C.

37. Es decir que ni AR1, AR2 y AR3 solicitaron dicho estudio, a pesar de encontrarse obligados a ello, en términos de lo señalado en el Norma Oficial Mexicana NOM-171-SSA1-1998, Para la Práctica de Hemodiálisis, la cual en términos generales establece que, el personal y establecimiento donde se efectúe la hemodiálisis será responsable solidariamente de realizar las actividades para el control de la hepatitis, tales como investigar en cada paciente de nuevo ingreso y trimestralmente, la presencia del antígeno de superficie de la hepatitis B y del anticuerpo contra el virus de la Hepatitis C.
38. Lo anterior, en opinión del citado perito de esta Comisión Nacional constituyó una omisión grave que colocó en peligro la vida de V1, ya que, como se señalara más adelante, posteriormente se tuvo conocimiento de que la víctima, efectivamente, fue infectada con el virus de Hepatitis C, del cual si bien no fue posible determinar con exactitud en qué momento lo adquirió, dadas las circunstancias del caso, hay un alto grado de probabilidad de que lo hubiera contraído al momento en que se le realizó el procedimiento de hemodiálisis en el Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila, por ser la máquina filtradora la fuente de infección a la que estuvo expuesto el paciente, aunado a que como ya se indicó, el personal médico no le practicó los exámenes que permitieran acreditar o descartar que la víctima portaba el mismo desde antes.
39. Ahora bien, el 13 de junio de 2011, el personal médico del Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila, aun sin contar con los estudios referidos en el párrafo anterior, señaló como plan de manejo de V1 practicarle dos hemodiálisis a la semana; además, el 15 de ese mismo mes y año, la víctima fue referida a su unidad médica de adscripción y se le indicó que debería regresar en quince días a cita al primer nosocomio.
40. El 23 de junio de 2011 V1 en compañía de sus padres Q1 y Q2, acudió a consulta al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, en Zacatecas, donde AR4, médico adscrito al área de Nefrología, a su exploración física lo encontró con: fiebre, tos seca, hipertenso de 160/110 (siendo la normal de 120/60), leve dificultad respiratoria, rudeza respiratoria y taquicardia de 120 latidos por minuto; dicho servidor público indicó como plan de manejo de la víctima ingresarla al área de Nefrología y suministrarle solución fisiológica de 1,000 cc, es decir, pasar un litro en doce horas.
41. Al respecto, el perito médico de esta Comisión Nacional que conoció del asunto observó que la indicación de AR4, consistente en administrar solución fisiológica a V1, fue inadecuada, en virtud de que se trataba de un paciente con insuficiencia renal con rechazo a injerto, lo cual condicionaba que su función renal no pudiera manejar la depuración de tal cantidad de líquido y que, por lo tanto, el mismo se quedara circulando en el organismo o secuestrado en algún órgano, como posteriormente sucedió.
42. Aunado a lo anterior, se observó que AR4 omitió referir a la víctima al Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, en Torreón, Coahuila, ya que necesitaba manejo integral y en dicho nosocomio tenían sus antecedentes médicos por ser el lugar en donde se le había practicado el trasplante; asimismo, el citado servidor público tampoco solicitó que se le efectuaran estudios de laboratorio y hemodiálisis a la víctima de forma urgente, lo cual resultaba de suma importancia ya que la última sesión del citado tratamiento le había sido realizada desde diez días antes y se trataba de un paciente que requería dos sesiones por semana.
43. Así las cosas, V1 ingresó al área de Nefrología del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, en Zacatecas, siendo valorado por AR5, quien lo reportó con un cuadro clínico de: insuficiencia renal crónica con trasplante renal de donador vivo y probable infección de vías respiratorias bajas; al respecto, el perito médico de este organismo nacional señaló que el citado servidor público también omitió solicitar que se practicaran estudios de laboratorio urgentes a V1, así como verificar u ordenar que se le tomara una placa de rayos X, a fin de establecer el tipo de proceso infeccioso pulmonar que presentaba.
44. Además, AR5 omitió solicitar que se realizara a V1 una hemodiálisis y referirlo al siguiente nivel de atención, con la finalidad de que recibiera manejo especializado e integral; asimismo,

tampoco ordenó que se le suspendiera la administración de líquidos parenterales para evitar una complicación por acumulación o filtración a otros órganos como el corazón, riñón o pulmón.

45. Posteriormente, a las 23:30 horas de ese mismo día, un médico adscrito al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS advirtió que V1 presentaba dificultades para respirar y baja captación de oxígeno (40%), por lo cual determinó intubarlo y proporcionarle oxígeno a través de ambú; sin embargo, en ese momento se percató que la víctima mostraba expectoración asalmonelada, síntoma indicativo de edema agudo pulmonar, es decir, de acumulación de líquido en el parénquima pulmonar que causa la ruptura de los alveolos pulmonares y sangrado; dicha situación en opinión del perito de esta Comisión Nacional corroboró que, efectivamente, el suministro de solución fisiológica vía endovenosa a la víctima, por parte de AR4, que no fue interrumpido de manera inmediata por AR5, resultó inadecuado, ya que repercutió en su estado de salud, a grado tal de causarle el cuadro clínico señalado.
46. Posteriormente, V1 fue conectado a un ventilador mecánico, pero debido al deterioro de su estado de salud, presentó tres paros cardíacos, los cuales si bien fueron manejados adecuadamente por el personal médico que lo atendió, mediante atropina y adrenalina, le provocaron daño cerebral por hipoxia (falta de aporte sanguíneo y oxígeno al cerebro).
47. El 24 de junio de 2010, AR5, médico nefrólogo adscrito al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, en Zacatecas, indicó de forma tardía que se suministrara un paquete globular a V1, y que se le realizara de manera urgente hemodiálisis, previa toma de panel viral, el cual arrojó que el paciente era positivo a la presencia de Hepatitis C, lo cual permitió corroborar lo señalado en párrafos anteriores, en el sentido de que V1 fue contagiado durante los procedimientos de hemodiálisis que se le realizaron en el Hospital de Especialidades No. 71 de ese Instituto en Torreón, Coahuila.
48. Así las cosas, durante los siguientes días V1 presentó crisis convulsivas derivadas del daño neurológico provocado por hipoxia cerebral, señalándose como plan de manejo, anticonvulsivantes, antibióticos y valoraciones médicas por especialistas en Infectología, Medicina Interna y Cuidados Intensivos. El 2 de julio de 2011, la víctima ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos con un cuadro clínico de daño neurológico irreversible, lugar donde recibió tratamiento especializado.
49. El estado de salud de V1 continuó deteriorándose, a grado tal que a las 11:50 horas del 14 de ese mismo mes y año perdió la vida, señalándose en el certificado de defunción como causas de su muerte: insuficiencia respiratoria aguda, hemorragia pulmonar y coagulopatía, y como estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo: encefalopatía anoxisquémica e insuficiencia renal crónica terminal.
50. Las irregularidades en que incurrió el personal médico tratante de V1 adscrito al Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, ubicado en Zacatecas, implicó que el estado de salud de la víctima se complicara, en virtud de que no solicitaron de manera urgente que se le practicaran los estudios y tratamientos de hemodiálisis correspondientes, ni lo refirieron al hospital en el que se le realizó el trasplante para que se le proporcionara un plan de manejo integral.
51. Además, inadecuadamente indicaron que se le suministra solución fisiológica, la cual se acumuló en su pulmón, causándole un edema agudo pulmonar, el cual le provocó tres paros cardiorrespiratorios e hipoxia cerebral, favoreciendo con ello la aceleración de la pérdida de la vida de la víctima, convalidándose así la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y el fallecimiento, y con ello, la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos le es atribuible a servidores públicos del IMSS.
52. No es obstáculo para llegar a la anterior conclusión que la víctima tuviera un trasplante renal, el cual si bien es cierto, de acuerdo a la literatura médica, tenía un tiempo de sobrevida de 5 años, antes de que se empezara a deteriorar la función renal, también lo es que las causas de muerte señaladas en el certificado de defunción de V1 fueron: insuficiencia respiratoria

aguda, hemorragia pulmonar y coagulopatía, las cuales fueron consecuencia de la inadecuada atención médica que se le brindó en el Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, en Zacatecas; precisándose en el mismo, que la encefalopatía anoxoishémica e insuficiencia renal crónica terminal solamente fueron estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero que no se encontraron relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo.

53. Ahora bien, por lo que hizo a las irregularidades del personal médico tratante de V1 en el Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS en Coahuila, se observó que si bien las mismas no contribuyeron a la muerte de V1, por sí solas sí constituyen una inadecuada atención médica, en virtud de que omitieron observar el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-171-SSA1-1998, Para la Práctica de Hemodiálisis, la cual en términos generales establece que el personal y el establecimiento en donde se efectúe la hemodiálisis será responsable solidariamente de realizar las actividades para el control de la hepatitis, tales como investigar en cada paciente de nuevo ingreso y trimestralmente su presencia.
54. Por otra parte, no pasó desapercibido para este organismo nacional 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, así como 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.
55. 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 y sus familiares de que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.
56. Al respecto, en 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 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.
57. Debe señalarse que dicho pronunciamiento de la Corte Interamericana que se cita en la presente recomendación es de observancia obligatoria para el Estado mexicano, de conformidad con el artículo 62, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y los numerales 1 y 2, de la Declaración para el Reconocimiento de la Competencia Contenciosa de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* de 24 de febrero de 1999.
58. 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.
59. En consecuencia, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, médicos adscritos a los Hospitales de Especialidades No. 71 y General de Zona No. 1 del IMSS, en Coahuila y Zacatecas, respectivamente, vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1, contenidos en los artículos 4, párrafos cuarto, octavo y noveno, y 14, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1 y 2, fracciones I, II y V; 3, fracciones II y IV; 23, 27, fracciones II, III, IV y X; 32, 33, 51, primer párrafo, 61, fracciones II y V, y 63 de la Ley General de Salud; 8, 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Pres-

tación de Servicios de Atención Médica; 1, 6, 8, 43 y 71 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico y NOM-171-SSA1-1998, Para la Práctica de Hemodiálisis.

60. De igual forma, los citados servidores públicos, con sus omisiones, dejaron de observar las disposiciones relacionadas con los derechos a la vida y 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.
61. En este sentido, los numerales I y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3, 25.1 y 25.2, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, incisos a) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; así como 10.1 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 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, 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 de calidad, y de adoptar para ello las medidas necesarias.
62. Al respecto, la Corte Interamericana ha señalado en diversas sentencias 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.
63. 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 el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en diversos instrumentos internacionales en la materia, implicaba que V1 recibiera una atención prioritaria e inmediata por parte del personal de los Hospitales de Especialidades No. 71 y General de Zona No. 1 del IMSS en Coahuila y Zacatecas.
64. 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.
65. 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.
66. 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 afirmó que dicho derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado

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

67. Es importante mencionar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 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 a los Hospitales de Especialidades No. 71 y General de Zona No. 1, del IMSS en Coahuila y Zacatecas, debió considerar el interés superior del paciente, realizando una adecuada valoración que les permitiera emitir un diagnóstico certero, y con ello proporcionarle a V1 la atención médica que requería, con la calidad que debe imperar en la prestación de dicho servicio público, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo.
68. De la misma manera, el personal de los Hospitales de Especialidades No. 71 y General de Zona No. 1, del IMSS en Coahuila y Zacatecas, 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 que tienen éstos 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.
69. 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.
70. 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.
71. 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 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.
72. 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.

73. 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 que se continúe con el trámite de la reparación del daño a Q1 y Q2, o a quien tenga mejor derecho a ello, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal de los Hospitales de Especialidades No. 71 y General de Zona No. 1 del IMSS, en Coahuila y Zacatecas, 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, 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 y el manejo de pacientes con insuficiencia renal, 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.

TERCERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que se emita una circular dirigida al personal médico de los Hospitales de Especialidades No. 71 y General de Zona No. 1 del IMSS, en Coahuila y Zacatecas, 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. Girar sus instrucciones a quien corresponda para que los servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, especialmente los adscritos a los multicitados hospitales, 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 y protegidos, 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. Colaborar ampliamente con esta Comisión Nacional en el trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno del Control en ese Instituto, en contra de los servidores públicos que intervinieron en los hechos, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

SEXTA. Colaborar ampliamente en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que este organismo nacional formule ante la Procuraduría General de la República, a fin de que se inicie la averiguación previa que en derecho corresponda, por tratarse de servidores públicos federales los involucrados y remita a este organismo nacional las constancias que le sean solicitadas.

74. 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 actos violatorios

a los derechos humanos cometidos por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, así como de obtener en los términos 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.

- 75.** 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.
- 76.** 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, de lo contrario dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.
- 77.** Cuando las recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X y 46, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

El Presidente
Dr. Raúl Plascencia Villanueva

Recomendación 24/2013

Sobre el caso de inadecuada atención médica atribuible a personal del Instituto Mexicano del Seguro Social, en agravio de V1

SÍNTESIS

1. El 16 de julio de 2011, V1 varón de 52 años de edad, ingresó al Área de Urgencias del Hospital General de Zona Número 50, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, debido a que presentaba dolor en la espalda. Al día siguiente fue sometido por AR2 a una apendicectomía (extracción del apéndice), procedimiento del que se derivaron complicaciones postoperatorias.
2. V1 continuó con los síntomas y su estado de salud se deterioró, razón por la que fue sometido a diversas cirugías y el 20 de septiembre de 2011 fue trasladado al Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el que permaneció hasta el 14 de octubre de 2011, fecha en que falleció, a consecuencia de "acidosis metabólica irreversible".

Observaciones

1. Del análisis lógico jurídico realizado a los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/5/2011/7978/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con elementos que permiten evidenciar violaciones al derecho a la protección de la salud, a la vida y al trato digno, en agravio de V1, derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, atribuibles a servidores públicos de ese instituto, adscritos al Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y al Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social, derivado de los hechos violatorios consistentes en inadecuada atención médica, omitir proporcionar atención médica y realizar deficientemente los trámites médicos; así como a la seguridad jurídica y al sano desarrollo, en agravio de sus hijos V2, V3, V4, con base en las siguientes consideraciones:
2. El 16 de julio de 2011 V1, persona de sexo masculino, de 52 años de edad, ingresó al servicio de urgencias del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, con antecedentes de esplenectomía (extirpación de bazo) de cinco años, pues presentaba dolor a nivel torácico del lado derecho.
3. El día siguiente, 17 de julio de 2011, V1 fue sometido por AR2, médico adscrito al Servicio de Cirugía General de ese hospital, a una apendicectomía (extirpación del apéndice).
4. Según la opinión del perito médico la cirugía practicada el 17 de julio de 2011 a V1 fue inadecuada porque careció de una óptima hemostasia, es decir, de mecanismos aptos para detener los procesos hemorrágicos, pues la segunda laparotomía, realizada el 24 de ese mes y año, reveló sangrado en las regiones de la pared abdominal en el interior del abdomen, detrás del ciego y en el mesenterio, esto es, en el área de sostén de grasa, tejido conectivo y vasos sanguíneos que llevan sangre al intestino, sangrado que ocasionó se formaran cavidades nuevas con contenido de sangre, en la que se desarrollaron bacterias y se instaló un proceso infeccioso que ocasionaron las complicaciones que condujeron al fallecimiento de V1.
5. Por lo que hace a la lesión ocasionada a V1, consistente en punción en un pulmón, por parte de personal del servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades número 25, en Monterrey, Nuevo León, al intentar colocar el catéter Mahurkar, que le provocó insuficiencia respiratoria y la formación de coágulos en el hemitórax izquierdo, alteraciones que fueron causa determinante de su fallecimiento, es

importante hacer hincapié en que si bien en el informe médico de 28 de octubre de 2011, signado por el jefe del Servicio de Cirugía Digestiva y Endocrinología del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, se indica que fue a las 03:00 horas cuando personal del servicio de Nefrología intentó la colocación del catéter, lo cierto es que en el expediente clínico de V1 no se advierte que tal evento se haya documentado.

6. A pesar de que se desconoce el nombre del médico que produjo la perforación iatrogénica del pulmón de V1, la responsabilidad correspondiente debe recaer en el personal del servicio de Nefrología que intentó aplicar el catéter Mahurkar el día 9 de octubre de 2011, ya que provocó, como lo estableció el perito médico adscrito a esta institución nacional, que 15 minutos después se presentara sangrado en el pulmón izquierdo y aire en el espacio intrapleural, lo cual generó que se colapsara con repercusión en la mecánica respiratoria y hemodinámica del paciente, condiciones que indudablemente contribuyeron a su fallecimiento.
7. Lo anterior, pone de manifiesto que la atención médica que V1 recibió del personal del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y del servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, lejos de mejorar el estado de salud de la víctima, produjo su deterioro y las complicaciones que derivaron en su fallecimiento, convalidándose así la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y la afectación en el estado de salud e, incluso, la pérdida de la vida de V1; y, con ello, la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos es atribuible a servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.
8. Por otra parte, se advierte que el hecho de que no consta en el expediente clínico una nota de defunción, cobra especial relevancia, en virtud de que en el acta de defunción correspondiente se asentó como causa de muerte de V1 "acidosis metabólica irreversible" y, como fecha de fallecimiento, el 14 de noviembre de 2011 no obstante que de conformidad con el contenido del memorándum Interno de 28 de octubre de 2011, firmado por el jefe de Servicio de Cirugía Digestiva y Endócrina, del Hospital de Especialidades número 25, en Monterrey, Nuevo León, del Instituto Mexicano del Seguro Social, la muerte de la víctima ocurrió el 14 de octubre del mismo año.
9. El fallecimiento de V1, padre de los niños V2, V3 y V4 genera factores de riesgo en su desarrollo y en la inserción en su entorno sociocultural, particularmente por el impacto psicológico que puede significar la muerte de su padre durante un período de poco más de dos meses de inadecuada atención médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Recomendaciones

Al Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

PRIMERA. Se tomen las medidas para que, en vía de reparación del daño, se brinde atención médica y psicológica a los niños V2, V3 y V4, hasta que alcancen la mayoría edad, derivado de la pérdida de la vida de V1.

SEGUNDA. Se emita una circular para el personal médico del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social, en que se exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación con que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos necesarios para brindar un servicio médico profesional.

TERCERA. Se diseñen e impartan en los hospitales de ese Instituto Mexicano del Seguro Social a su cargo, especialmente en el Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y en el Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, 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.

CUARTA. Se instruya que los servidores públicos del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social, adopten medidas que garanticen que los expedientes clínicos generados con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados.

QUINTA. Se colabore con este organismo nacional en la ampliación de queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, contra AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y el personal adscrito al Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y el personal adscrito al servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

SEXTA. Se colabore 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.

SÉPTIMA. Se realicen las gestiones necesarias para que, a través del medio legal que accionen los familiares de V1, se realice la corrección respectiva del acta de defunción correspondiente.

México, D.F., a 25 de junio de 2013

Sobre el caso de inadecuada atención médica atribuible a personal del Instituto Mexicano del Seguro Social, en agravio de V1

Doctor José Antonio González Anaya
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Distinguido señor director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 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 de evidencia contenidos en el expediente número CNDH/5/2011/7978/Q, derivado del 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 se divulguen, 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. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, 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 16 de julio de 2011, V1, varón de 52 años de edad, ingresó al servicio de urgencias del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, debido a que presentaba fuerte dolor en la espalda, en el que fue atendido por AR1, médico adscrito al servicio de urgencias, quien diagnosticó síndrome doloroso abdominal y sugirió descartar apendicitis aguda.
4. El día siguiente, 17 de julio de 2011, V1 fue sometido por AR2, médico adscrito al Servicio de Cirugía General de ese hospital, a una apendicectomía (extirpación del apéndice).
5. No obstante lo anterior, durante la siguiente semana, V1 continuó con los síntomas y su estado de salud se deterioró, su estómago se inflamó y el dolor se agudizó con el paso de los días.
6. El 24 de julio de 2011, V1 fue sometido a una segunda operación, en la que el AR4, médico cirujano general, advirtió que el intestino estaba fraccionado y el estómago presentaba infección, razón por la que optó por mantener la herida abierta durante algunos días, procedimiento que, a decir de los médicos, era normal, según lo referido por Q1, Q2 y Q3.
7. Posteriormente, AR2, en una las revisiones que efectuó a V1, lo encontró en mal estado de salud e informó a sus familiares que el paciente no debió haber sido sometido a la apendi-

cectomía, pero que él la realizó en atención a las indicaciones que había recibido; que durante ese procedimiento el intestino habría sido perforado, error que fue corregido en la segunda cirugía, no obstante lo cual no se obtuvo el resultado deseado.

8. Mediante escrito de queja de 2 de septiembre de 2011, Q1, Q2 y Q3, hermanas de V1, pusieron en conocimiento de este organismo nacional lo sucedido, indicando que su hermano había sido aislado en el hospital, que las enfermeras se negaban a atenderlo y los médicos les habían indicado que el paciente estaba desahuciado.
9. Para atender el caso, el 5 de septiembre de 2011, personal de este organismo nacional se constituyó en el Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, en que se encontraba V1, sin que fuera posible entrevistarle, en virtud de que AR5, directora del citado hospital, indicó que se encontraba grave y con mal pronóstico; no obstante, se consultó el expediente clínico del agraviado.
10. En ese contexto, el 6 de septiembre de 2011 se solicitó a SP1, jefa de Área de Atención a Quejas, adscrita a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, que, de manera inmediata, se brindara a V1 la atención médica necesaria, dada la gravedad de su estado de salud y se remitiera diversa documentación relativa al expediente clínico del agraviado.
11. El 20 de septiembre de 2011, V1 fue trasladado al Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, en el que permaneció hasta el 14 de octubre de 2011, fecha en que falleció, a consecuencia de acidosis metabólica irreversible.
12. Con motivo de la queja formulada por Q1, Q2 y Q3, se inició el expediente CNDH/5/2011/7978/, en el que se solicitó a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, el informe respectivo y copia de los expedientes clínicos de V1.

II. EVIDENCIAS

13. Escrito de queja de 2 de septiembre de 2011, signado por Q1, Q2, y Q3.
14. Acta circunstanciada de 5 de septiembre de 2011, elaborada por personal de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en la que se hace constar visita efectuada al Hospital General de Zona Número 50, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en San Luis Potosí, San Luis Potosí.
15. Acta circunstanciada de 6 de septiembre de 2011, suscrita por personal de esta institución nacional, en la que se hace constar la solicitud efectuada a SP1, jefa del Área de Atención a Quejas, adscrita a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, a efecto de implementar acciones tendentes a salvaguardar la integridad física de V1 y a garantizar su derecho a la salud y al trato digno.
16. Oficio QVG/OFSLP/385/11, de 6 de septiembre de 2011, dirigido a SP1, jefa de Área de Atención a Quejas de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante el cual se le solicitó proporcionar, de manera inmediata a V1, la atención que requería, dada la gravedad de su estado de salud, así como documentación relativa a su expediente clínico.
17. Actas circunstanciadas de 8 de septiembre de 2011, elaboradas por personal de esta institución nacional en las que consta las gestiones realizadas para obtener la información solicitada.
18. Oficio número 09 52 17 46 B 0/014054, de 9 de septiembre de 2011, signado por el SP2, titular de la División de Atención a Quejas de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente, que contiene notas médicas prequirúrgicas y postquirúrgicas de V1, elaboradas por personal del Hospital General de Zona número 50 en San Luis Potosí, San Luis Potosí, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

19. Actas circunstanciadas de 14 de septiembre de 2011, elaboradas por personal de esta institución nacional, en que se hace constar las gestiones realizadas con Q1 y Q2, así como con AR6, subdirectora del Hospital de Zona número 50, en San Luis Potosí, relativas al traslado de V1 a otro centro hospitalario, a efecto de recibir la atención médica que requería.
20. Acta circunstanciada de 15 de septiembre de 2011, en que personal de esta institución nacional hace constar que se constituyó en las instalaciones del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en compañía de Q1 y otros familiares de V1, para entrevistarse con AR3, médico cirujano general tratante del agraviado en ese hospital.
21. Acta circunstanciada de 20 de septiembre de 2011, elaborada por personal de este organismo nacional, en que se hace constar que se recibió comunicación telefónica de Q1, quien informó que, ese día, V1 había sido trasladado a un hospital de tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Monterrey, Nuevo León.
22. Oficio número 09 52 17 46 B 0/14488, de 21 de septiembre de 2011, signado por SP2, titular de la División de Atención a Quejas, del Instituto Mexicano del Seguro Social, al que adjunta copia del expediente clínico de V1, de las que destacan:
 - 22.1. Nota de primer contacto, elaborada el 16 de julio de 2011, por AR1, médico adscrito al servicio de urgencias del Hospital General de Zona Número 25, en San Luis Potosí, San Luis Potosí.
 - 22.2. Notas de evolución elaboradas por AR3 el 22 de julio de 2011, en que se señala la necesidad de una nueva laparotomía.
 - 22.3. Nota postquirúrgica elaborada por AR3, el 26 de julio de 2011.
 - 22.4. Notas de evolución y postquirúrgica elaboradas por AR3, el 2 de agosto de 2011.
 - 22.5. Nota postquirúrgica elaborada por AR3, el 11 de agosto de 2011.
 - 22.6. Nota de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, de 17 de agosto de 2011, en la que se hace un recuento de las diversas intervenciones quirúrgicas practicadas en V1 hasta entonces.
23. Oficio número 09 52 17 46 B 0/15810, de 14 de octubre de 2011, signado por SP2, titular de la División de Atención a Quejas CNDH, del Instituto Mexicano del Seguro Social, que contiene copia del resultado, de 20 de septiembre de 2011, emitido por el Servicio de Patología, respecto del apéndice extirpado a V1 en el Hospital General de Zona número 50 en San Luis Potosí.
24. Acta circunstanciada de 20 de octubre de 2011, elaborada por personal de esta institución nacional, en que se hace constar que Q1 y Q3 comparecieron para informar respecto del fallecimiento de V1 ocurrido el 14 de ese mes y año, en el Hospital General de Zona Número 25, en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, ocasión en la que aportaron copia del comprobante de embalsamamiento y del certificado de defunción del agraviado.
25. Oficio número 09 52 17 46 B 0/16456, de 21 de octubre de 2011, signado por SP2, titular de la División de Atención a Quejas, del Instituto Mexicano del Seguro Social, por el cual remite información sobre el caso y anexa tarjeta informativa de 20 de octubre de 2011, elaborada por AR5.
26. Oficio número 09 52 17 46 B 0/17083, de 28 de octubre de 2011, signado por SP2, titular de la División de Atención a Quejas, del Instituto Mexicano del Seguro Social, por medio del cual remite la siguiente información:
 - 26.1. Resumen dirigido a personal del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de 21 de septiembre de 2011, signado por el médico cirujano general AR3, adscrito al Hospital General de Zona número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
 - 26.2. Resumen clínico de 20 de octubre de 2011, signado por el médico cirujano general AR2, adscrito al Hospital General de Zona número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

- 26.3.** Resumen médico, de 24 de octubre de 2010 (sic), signado por el médico cirujano general AR4, adscrito al Hospital General de Zona número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 26.4.** Memorándum Interno de 28 de octubre de 2011, firmado por el jefe del Servicio de Cirugía Digestiva y Endócrina del Hospital de Especialidades número 25, en Monterrey, Nuevo León, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 27.** Oficio número 09 52 17 46 B 0/17589, de 7 de noviembre de 2011, signado por SP2, titular de la División de Atención a Quejas en materia de Derechos Humanos, del Instituto Mexicano del Seguro Social, por medio del cual envía copia del expediente clínico de V1, correspondiente a la atención que recibió en el Hospital de Especialidades número 25, en Monterrey, Nuevo León, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 28.** Dictamen médico forense, de 23 de diciembre de 2011, elaborado por perito médico de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, respecto del caso de V1.
- 29.** Actas circunstanciadas elaboradas por personal de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos los días 21 de febrero, 16 de marzo y 20 de abril de 2012, en las que consta las diligencias practicadas con Q1 y Q2.
- 30.** Oficio número 09 52 17 46 B 0/009527, de 24 de mayo de 2012, signado por SP2, titular de la División de Atención a Quejas, del Instituto Mexicano del Seguro Social, a través del cual se remite copia del diverso 09521746B0/009231, suscrito por el coordinador técnico de Atención a Quejas e Información Pública de la Dirección Jurídica, en el que se informa que el 13 de marzo de 2012, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico determinó procedente dar vista de los hechos al Órgano Interno de Control en ese instituto y el pago de la indemnización correspondiente.
- 31.** Actas circunstanciadas de 6 de julio, 7 de agosto, 24 de septiembre y 29 de octubre de 2012, así como 16 de enero y 11 de febrero de 2013, elaboradas por personal de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en las que se hace constar las diligencias practicadas con Q1.
- 32.** Oficios QVG/OFSLP/166/13 y QVG/OFSLP/255/13, de 21 de febrero y 11 de marzo de 2013, mediante los que se solicita ampliación de información a la Encargada de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 33.** Oficio 09 52 17 46 B 0/3043, de 11 de marzo de 2013, signado por el coordinador técnico de la Dirección Jurídica del Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante el cual remite, entre otra documentación, copia del diverso 2509001112100/490/2012, por el que se da vista al titular del Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del Órgano Interno de Control en la Delegación del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí.
- 34.** Oficio signado por el titular del Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del Órgano Interno de Control en la Delegación del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí, a través del cual informa el número del expediente administrativo iniciado con motivo del caso de V1.
- 35.** Acta circunstanciada de 20 de marzo de 2013, mediante la que se hace constar la gestión realizada con personal del Órgano Interno de Control, a cargo del procedimiento PA1, quien informó que fue iniciado el 28 de febrero de 2013.
- 36.** Actas circunstanciadas de 10, 13 y 30 de mayo de 2013, elaboradas por personal de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en las que se hace constar gestiones realizadas con Q1.
- 37.** Convenio de indemnización celebrado el 31 de mayo de 2013 entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y P1, en su carácter de tutora de V2, V3 y V4, menores de edad, así como cheque de 5 de junio de 2013, a través del cual se efectuó el pago respectivo.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

38. El 16 de julio de 2011, V1 varón de 52 años de edad, ingresó al Área de Urgencias del Hospital General de Zona Número 50, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, debido a que presentaba dolor en la espalda. Al día siguiente fue sometido por AR2 a una apendicectomía (extracción del apéndice), procedimiento del que se derivaron complicaciones postoperatorias.
39. V1 continuó con los síntomas y su estado de salud se deterioró, razón por la que fue sometido a diversas cirugías y el 20 de septiembre de 2011 fue trasladado al Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el que permaneció hasta el 14 de octubre de 2011, fecha en que falleció, a consecuencia de "acidosis metabólica irreversible".
40. El 13 de marzo de 2012, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el expediente AD1, ordenó dar vista al Órgano Interno de Control, a efecto de iniciar procedimiento administrativo de responsabilidad contra los servidores públicos que intervinieron en el caso y determinó procedente el pago de indemnización.
41. El 28 de febrero del 2013, el Área de Auditoría, de Quejas y de Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social inició el procedimiento PA1.
42. El 31 de mayo de 2013, el Instituto Mexicano del Seguro Social, celebró convenio con P1, en su carácter tutora de V2, V3 y V4, menores de edad, para el pago de la indemnización derivada de la pérdida de la vida de V1, el cual se efectuó el 5 de junio de 2013.
43. Es importante precisar que a la fecha de la presente recomendación, no se cuenta con constancias con que se acredite que se haya iniciado alguna averiguación previa relacionada con los hechos.

IV. OBSERVACIONES

44. Del análisis lógico jurídico realizado a los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/5/2011/7978/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con elementos que permiten evidenciar violaciones al derecho a la protección de la salud, a la vida y al trato digno, en agravio de V1, derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, atribuibles a servidores públicos de ese instituto, adscritos al Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y al Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social, derivado de los hechos violatorios consistentes en inadecuada atención médica, omitir proporcionar atención médica y realizar deficientemente los trámites médicos; así como a la seguridad jurídica y al sano desarrollo, en agravio de sus hijos V2, V3, V4, con base en las siguientes consideraciones:
45. El 16 de julio de 2011 V1, persona de sexo masculino, de 52 años de edad, ingresó al servicio de urgencias del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, con antecedentes de esplenectomía (extirpación de bazo) de cinco años, pues presentaba dolor a nivel torácico del lado derecho.
46. AR1, médico adscrito al servicio de urgencias del mencionado nosocomio, estableció como diagnóstico síndrome doloroso abdominal y sugirió descartar apendicitis aguda.
47. No obstante, el 17 de julio de 2011, sin contar con estudios clínicos de laboratorio y gabinete, V1 fue sometido por AR2, médico adscrito al Servicio de Cirugía General, a una apendicectomía (extirpación del apéndice), cuyos estudios de patología revelaron que se encontraba sin alteraciones significativas.

48. De igual forma, fueron enviados para su análisis varios segmentos de intestino delgado, en los que se observó inflamación aguda y la presencia de adherencias entre las asas del intestino, es decir, tejido de cicatrización.
49. Al respecto, es importante destacar que aunado a que los resultados de patología fueron emitidos hasta el 20 de septiembre de 2011, en las notas postoperatorias correspondientes a la cirugía de 17 de julio de 2011, AR2 omitió hacer mención de la disección y corte del intestino delgado de V1, de manera que transcurrieron casi siete días durante los cuales el expediente médico de V1 no reflejaba elementos importantes sobre su situación real.
50. Después de la citada intervención quirúrgica, V1 continuó presentando dolor por lo que, el 18 de julio de 2011, AR3 le diagnosticó probable neuralgia secundaria a herpes e indicó como tratamiento un periodo de 8 días con el antiviral denominado Aciclovir, con lo que disminuyeron los síntomas.
51. No obstante, el estado de salud de V1 se deterioró, por lo que el 22 de ese mes y año le fue tomada una placa simple de abdomen, que permitió observar que en su interior se localizaban asas de intestino delgado en hipocondrio derecho y niveles hidroaéreos.
52. Al día siguiente se le practicó un ultrasonido abdominal que reveló la presencia de líquido libre en el hueco pélvico; con tales hallazgos, el 24 de julio de 2011, AR4, médico cirujano general en el Hospital General de Zona Número 50, efectuó una segunda laparotomía en la cual se evidenció un hematoma de pared abdominal, así como acumulación de sangre coagulada y pus en la cavidad abdominal por infección, la cual fue lavada y se determinó dejar abierta la herida.
53. Ante la nula evolución de V1, el 26 y 30 de julio de 2011, así como el 2 de agosto de 2011, fue nuevamente intervenido, ocasiones en que se advirtió fuga intestinal en un absceso y peritonitis generalizada, esto es, proceso inflamatorio general de la membrana peritoneal que indicaba infección y la presencia de pus en la cavidad abdominal. En la última operación se cerró parcialmente la pared abdominal.
54. El 11 de agosto de 2011, V1 nuevamente fue sometido a cirugía, en la que AR3 advirtió hemiabdómen inferior congelado, agrupamiento de asas, y el 12 del mismo mes y año, se tomó ultrasonido que reveló hígado aumentado de tamaño por trastorno inflamatorio e insuficiencia renal.
55. Posteriormente, el 14 y 16 de agosto de 2011 se practicaron a V1 cirugías de exploración, en las que se advirtió abdomen congelado, lo cual, de conformidad con el dictamen del perito médico de esta institución, corresponde a la compactación de la cavidad abdominal con tejido fibroso, o de cicatrización, que une los tejidos sin permitir su movimiento normal y genera riesgo de desgarre de asas intestinales y dificultad para la sutura, así como escurrimiento de material intestinal en la herida, perforación intestinal, desmantelamiento de ileostomía disfuncional, íleo con fístula y se le practicó una yeyunostomía, esto es, se extirpó el intestino delgado afectado por la infección y se realizó empaquetamiento con dos compresas, las cuales fueron retiradas dos días después.
56. El 17 de agosto de 2011, V1 fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos con el plan de cuidado "paciente muy grave, ahora falla multiorgánica (...) mortalidad asociada del 75 %", y el 18 de ese mes y año se asentó en una nota de evolución que presentaba "...cambios necróticos irreversibles, con afectación de la arteria mesentérica superior, incompatible con la vida". Incluso, en nota de evolución del día siguiente se señaló que "Los hallazgos y el mal pronóstico a corto plazo, puede ser egresado del servicio por máximo beneficio".
57. En las notas médicas de 31 de agosto y 1 de septiembre de 2011 se reportó que la víctima estaba en hemodiálisis y se le diagnosticó neumonía, de manera que su salud continuaba deteriorándose.
58. El 6 de septiembre de 2011, una vez recibida la queja de Q1, Q2 y Q3, personal de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos realizó diversas gestiones con servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, a efecto de que se brindara la atención médica que

V1 requería y, en su caso, fuera trasladado a un nosocomio en que se contara con el equipo y personal especializado. No obstante, fue hasta el 20 del mismo mes y año que V1 fue remitido al Hospital de Especialidades número 25, en Monterrey, Nuevo León, a pesar de que desde el 12 de septiembre de 2011, según el dicho de AR3, había sido autorizado el traslado.

59. Al respecto, durante las gestiones para agilizar el traslado de V1, el 15 de septiembre de 2011, personal de esta institución nacional se entrevistó con AR3, quien indicó que había entregado la autorización a AR7, personal encargado de su tramitación y que ignoraba las razones por las que no se había efectuado. Asimismo, explicó que sus indicaciones sobre el tratamiento de V1, tales como curaciones o el cambio de su dieta, no habían sido debidamente atendidas, de manera que a pesar de que hacía todo lo posible por lograr su recuperación sería difícil lograrlo.
60. De lo anterior se advierte que el traslado de V1 del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí al Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, en el que podrían brindarle la atención médica que requería, se retrasó por aproximadamente 8 días, con motivo de deficiencias en las funciones administrativas de AR7, servidora pública encargada de su tramitación.
61. Esto es así, ya que, a pesar de que desde el 12 de septiembre de 2011, AR3 había autorizado el traslado del paciente hacia el otro nosocomio en Nuevo León, el trámite no había sido efectuado, de modo que fue hasta el 20 de ese mes y año que se logró el traslado, tiempo durante el que V1 no recibió la atención médica especializada que requería su estado de salud.
62. De esta omisión resultan responsables AR5 y AR6, directora y subdirectora del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, respectivamente, toda vez que desde el 6 de septiembre de 2011, personal de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos realizó gestiones con SP1, jefa del Área de Atención a Quejas del Instituto Mexicano del Seguro Social, para que las autoridades de ese instituto llevaran a cabo todas las acciones tendientes a salvaguardar la integridad física de la víctima, respetando en todo momento su derecho a la salud y al trato digno y, a pesar de esto, AR5 y AR6 omitieron supervisar y garantizar que tales acciones fueran tomadas oportunamente, vulnerándose así el derecho a la protección de la salud de V1.
63. El 20 de septiembre de 2011, V1 fue finalmente recibido en el Hospital de Especialidades número 25, en Monterrey, Nuevo León, presentando catéter denominado Mahurkar en la vena yugular interna del lado izquierdo, así como con un catéter venoso en la región subclavio del lado izquierdo, con secreción purulenta, así como herida quirúrgica abdominal abierta, condiciones en las que personal de ese nosocomio inició protocolo de estudio y estabilización de condiciones graves del paciente y se informó sobre su ingreso al servicio de Nefrología para tratamiento de hemodiálisis, respecto de la insuficiencia renal aguda, con estado de salud grave.
64. Ante su estado de salud, V1 fue sometido a tratamiento médico y quirúrgico para la realización de hemodiálisis, es decir, un recambio de sangre sin tóxicos, en razón de la insuficiencia renal que cursaba y se continuó con el manejo del catéter Mahurkar colocado en su cuello, necesario para tratar la aludida insuficiencia.
65. Según el Memorándum Interno de 28 de octubre de 2011, firmado por el jefe de Servicio de Cirugía Digestiva y Endócrina, del Hospital de Especialidades número 25, en Monterrey, Nuevo León, del Instituto Mexicano del Seguro Social, el 7 de octubre de 2011 se reportó que V1 accidentalmente se había removido el catéter Mahurkar de la vena yugular izquierda, de modo que se solicitó interconsulta al servicio de Nefrología para que nuevamente le colocaran el catéter, no obstante, el personal de esa unidad se presentó hasta las 03:00 horas del 9 de octubre de 2011, sin que fuera posible instalar el catéter y, 15 minutos después V1 presentó dificultad respiratoria aguda, con hipotensión arterial súbita, por neumotórax a ten-

sión, es decir, presencia de aire entre el pulmón y la cavidad torácica, a consecuencia de una punción o perforación en el pulmón.

66. A ese respecto, destaca que en el expediente clínico no obra nota alguna relativa a la colocación del catéter o en la que se indique que a consecuencia de la lesión descrita V1 presentó insuficiencia respiratoria, que requiriera de una intubación orotraqueal, con apoyo ventilatorio mecánico asistido y colocación de sonda intrapleural, tras lo cual se estabilizaron su tensión arterial y signos vitales.
67. El 11 de octubre de 2011 fue colocado nuevamente el catéter Mahurkar en el subclavio izquierdo, sin embargo, al día siguiente, el servicio de Nefrología decidió suspender la hemodiálisis hasta en tanto mejoraran las condiciones de salud de V1, quien hemodinámicamente se encontraba inestable.
68. La insuficiencia renal aguda persistía y V1 presentaba sangrado de tubo digestivo que no cedía a los tratamientos. Finalmente, el 14 de octubre de 2011, a las 06:35 horas, V1 presentó pérdida súbita de signos vitales y tras 20 minutos de maniobras de resucitación básica y avanzada sin respuesta se declaró su muerte a las 06:55 horas.
69. Del contenido del dictamen médico forense emitido por un perito médico adscrito a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se advierte que el deterioro de la salud de V1 y su consecuente pérdida de la vida fueron resultado de la inadecuada intervención quirúrgica realizada el 17 de julio de 2011 por AR1, adscrito al Hospital General de Zona Número 50, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, así como del indebido manejo postquirúrgico que AR3 y demás personal médico, de enfermería y nutrición de ese nosocomio y, finalmente, de la punción ocasionada por personal del servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades número 25, en Monterrey, Nuevo León, al intentar colocar el catéter Mahurkar, cuyo nombre no fue asentado en el expediente clínico, lo que le ocasionó insuficiencia respiratoria y la formación de coágulos en el hemitórax izquierdo.
70. En relación con la inadecuada intervención quirúrgica practicada a V1 el 17 de julio de 2011, del dictamen médico forense se advierte que la apendicetomía profiláctica se practicó de manera inoportuna e innecesaria, ya que no se contaba con los estudios de gabinete y laboratorio que permitieran establecer un diagnóstico de certeza, procedimiento que determinó las complicaciones en la salud de V1, aunado a que, como hallazgos postquirúrgicos de la segunda cirugía, puede inferirse, como altamente probable, que durante ese procedimiento se haya producido la perforación del intestino delgado, además de que AR2 omitió describir las maniobras y técnicas empleadas en el transoperatorio.
71. En el dictamen médico forense se indica, por otra parte, que V1 arribó al hospital en San Luis Potosí presentando síntomas y signos localizados en el abdomen, que hacían sospechar la existencia de una enfermedad severa que afectaba a alguno de los órganos intraabdominales, de manera que fue programado para una laparotomía o cirugía de exploración ante un diagnóstico de probabilidad y no de certeza.
72. Establece el perito en su dictamen médico forense que para adoptar tal determinación no se tomó en cuenta que el caso no reunía los elementos suficientes para considerarlo como de urgencia, esto es, un problema médico-quirúrgico agudo, que pusiera en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata, ya que los síntomas que presentaba V1 contaban con 15 días de evolución y tampoco se consideró el antecedente importante de enfermedad por herpes zoster de 20 años de evolución, cuyas secuelas permanentes incluyen dolor en los nervios en las regiones afectadas y que en el caso se irradiaba hasta sus testículos.
73. Lo anterior significa que previo a la cirugía exploratoria de referencia, el personal médico del hospital en San Luis Potosí debió contar con los estudios que le permitieran corroborar el diagnóstico inicial, a través de diversas decisiones médicas e, incluso, establecer que, derivado de la presencia de adherencias del tejido peritoneal era altamente probable que correspondiera al evento quirúrgico en el que 5 años antes le fue extirpado el bazo y una de las causas de las manifestaciones clínicas con las que ingresó a ese hospital.

74. En efecto, en su resumen clínico de 20 de octubre de 2011, AR2 indicó, sobre la cirugía practicada el 17 de julio de 2011, que “Bajo anestesia regional se realizó incisión media infraumbilical, encontrándose apéndice ileocecal sano así como las asas de intestino y órganos pélvicos explorados. Se realiza apendicectomía incidental, amputándose el apéndice ileocecal el cual se envió a estudio histopatológico”, lo que evidencia que se extrajo el apéndice de V1 a pesar de advertirlo sano.
75. De acuerdo con lo expuesto por el perito médico de esta institución nacional se corrobora la inutilidad de la apendicectomía, con el diagnóstico postoperatorio de probable Síndrome de colon irritable que estableció AR2 y que consiste en una enfermedad digestiva crónica de origen desconocido, que se encuentra en pacientes con estrés, ansiedad y/o depresión, que no provoca una afectación orgánica intestinal, lo que obliga a precisar que a pesar del dolor abdominal no fue comprobada patología u enfermedad alguna, aunado a que los resultados del estudio de patología que se realizó al apéndice de V1 revelaron que su tejido no presentaba alteraciones significativas.
76. Al respecto, se hace hincapié en la preocupación que genera que, en el caso, los resultados de los estudios que permitirían contar con información valiosa para el tratamiento del paciente, ya que describen el estado del apéndice y de los segmentos de intestino delgado, hayan sido emitidos hasta el 20 de septiembre de ese año, es decir, dos meses y tres días después de la intervención quirúrgica.
77. Teniendo en cuenta que los resultados aludidos describen también el estado que guardaban varios segmentos de intestino delgado obtenidos de la intervención quirúrgica de 17 de julio de 2011, conocer su contenido con oportunidad habría facilitado que el personal del hospital en San Luis Potosí advirtiera que durante esa cirugía se había segmentado o perforado ese órgano y se hubiera podido actuar en consecuencia.
78. Aunado a lo anterior, destaca el hecho de que AR2 omitió documentar en las notas postoperatorias la lesión ocasionada e, incluso, la probable perforación de las asas de intestino delgado a que se refiere el estudio de patología citado, la que fue advertida hasta el 20 de septiembre de 2011, fecha en que la víctima había dejado este hospital para ser trasladada a otro en la ciudad de Monterrey, Nuevo León.
79. Según la opinión del perito médico la cirugía practicada el 17 de julio de 2011 a V1 fue inadecuada porque careció de una óptima hemostasia, es decir, de mecanismos aptos para detener los procesos hemorrágicos, pues la segunda laparotomía, realizada el 24 de ese mes y año, reveló sangrado en las regiones de la pared abdominal en el interior del abdomen, detrás del ciego y en el mesenterio, esto es, en el área de sostén de grasa, tejido conectivo y vasos sanguíneos que llevan sangre al intestino, sangrado que ocasionó se formaran cavidades nuevas con contenido de sangre, en la que se desarrollaron bacterias y se instaló un proceso infeccioso que ocasionaron las complicaciones que condujeron al fallecimiento de V1.
80. No pasa inadvertido que AR2 haya practicado la apendicectomía profiláctica, a pesar de advertir que el órgano se encontraba sano, argumentado que así le había sido ordenado.
81. Además, en el dictamen de referencia se advierte que las diversas cirugías a las que V1 fue sometido obedecieron a la sucesión de alteraciones derivadas de la intervención a la que indebidamente fue sometido el 17 de julio de 2011.
82. Que el 22 de julio de 2011, AR3 al efectuar la revisión del paciente y observar que presentaba fiebre, debió practicar de manera inmediata laparotomía exploradora, sin embargo, omitió llevar a cabo este procedimiento y fue hasta el 24 de julio de 2011, esto es, dos días después, que fue practicada por AR4, quien advirtió la acumulación de sangre y la presencia de infección, que posteriormente derivó en peritonitis generalizada, transformándose en un estado grave y de urgencia que requería del manejo médico y quirúrgico multidisciplinario, prolongándose así la estancia intrahospitalaria y ocasionándose incluso la muerte de V1.
83. En efecto, de persistir este proceso infeccioso intraabdominal, como ocurrió en el caso de V1, se activan los factores de cicatrización y se forma una gran cantidad de adherencias en

las asas intestinales que se fusionan en ellas e impiden su movilidad, lo que ocasionó a la víctima cuadros de parálisis, anemia, insuficiencia renal aguda y abdomen congelado, el cual, por sí solo, lleva a la muerte del paciente.

84. El inadecuado manejo postquirúrgico que generó que la infección deviniera en peritonitis generalizada y abdomen congelado es atribuible no sólo a AR3 y AR4, sino también al demás personal médico, del hospital en San Luis Potosí que atendieron a V1 después de la cirugía de 17 de julio de 2011 y antes de su traslado, al omitir brindarle asistencia médica oportuna y adecuada.
85. Esto es importante, particularmente si se tiene en cuenta lo manifestado el 15 de septiembre de 2011 por AR3 a personal de esta Comisión Nacional, en el sentido de que las indicaciones de curación y cambio de dieta que él había ordenado en el expediente clínico no fueron atendidas durante algunos días, lo cual contribuyó al deterioro de la salud de V1.
86. Al respecto, debe considerarse que no es posible precisar la responsabilidad individual de quienes intervinieron en el tratamiento de V1, debido a que en las notas médicas se omitió señalar el nombre de los servidores públicos y datos indispensables previstos en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, sobre el Expediente Clínico.
87. La irregularidades descritas constituyen constante preocupación para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ya que representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado de los pacientes a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.
88. Esta situación ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud, emitidos por este organismo nacional, contenidos en las recomendaciones 01/2011, 09/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012 y 7/2013, en que se han señalado precisamente las irregularidades en que incurre el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, o simplemente no existen, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos en las instituciones de salud.
89. La adecuada integración del expediente clínico de V1, en términos de lo que establece la invocada Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico, vigente en el momento en que ocurrieron los hechos, es un deber a cargo de los citados prestadores de servicios médicos, para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento. Las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de modo que, como parte de la prevención a que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la actual Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, sea observada adecuadamente.
90. 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 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.
91. Pronunciamiento de observancia obligatoria para el Estado mexicano, de conformidad con lo dispuesto en los numerales 1 y 2 del artículo 62 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y del reconocimiento de su competencia contenciosa, en términos del decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación de 24 de febrero de 1999.
92. La deficiente integración del expediente clínico, 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.

93. Por lo que hace a la lesión ocasionada a V1, consistente en punción en un pulmón, por parte de personal del servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades número 25, en Monterrey, Nuevo León, al intentar colocar el catéter Mahurkar, que le provocó insuficiencia respiratoria y la formación de coágulos en el hemitórax izquierdo, alteraciones que fueron causa determinante de su fallecimiento, es importante hacer hincapié en que si bien en el informe médico de 28 de octubre de 2011, firmado por el jefe del Servicio de Cirugía Digestiva y Endocrinología del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, se indica que fue a las 03:00 horas cuando personal del servicio de Nefrología intentó la colocación del catéter, lo cierto es que en el expediente clínico de V1 no se advierte que tal evento se haya documentado.
94. Aunado a lo anterior, destaca el hecho de que no obra en el citado expediente nota médica relativa a la defunción, situaciones que transgreden la invocada Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.
95. A pesar de que se desconoce el nombre del médico que produjo la perforación iatrogénica del pulmón de V1, la responsabilidad correspondiente debe recaer en el personal del servicio de Nefrología que intentó aplicar el catéter Mahurkar el día 9 de octubre de 2011, ya que provocó, como lo estableció el perito médico adscrito a esta institución nacional, que 15 minutos después se presentara sangrado en el pulmón izquierdo y aire en el espacio intrapleural, lo cual generó que se colapsara con repercusión en la mecánica respiratoria y hemodinámica del paciente, condiciones que indudablemente contribuyeron a su fallecimiento.
96. Lo anterior, pone de manifiesto que la atención médica que V1 recibió del personal del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y del servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, lejos de mejorar el estado de salud de la víctima, produjo su deterioro y las complicaciones que derivaron en su fallecimiento, convalidándose así la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y la afectación en el estado de salud e, incluso, la pérdida de la vida de V1; y, con ello, la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos es atribuible a servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.
97. En virtud de lo anterior, AR1, AR2, AR3, AR4, y demás personal médico y administrativo adscrito al Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí, así como el personal del servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, vulneraron en agravio de V1 el derecho a la protección de la salud, contenido en los artículos 4, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción I, 23, 27, fracciones III; 32, 33, fracciones I, II y IV, y 51, de la Ley General de Salud; 8, fracción II, y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como, 43 y 71, del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social; así como el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.
98. Igualmente, los servidores públicos señalados en el párrafo anterior omitieron observar 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 con lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
99. Al respecto, en los numerales 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 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se señala la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para

todos los individuos, y se establece el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que proporciona el Estado 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.

- 100.** Tomando en consideración que V1 tenía derecho a la atención médica digna y en las mejores condiciones posibles, la ausencia de personal necesario para su atención no constituye una justificación para que se incumpla con los estándares internacionales de protección a la salud, lo que deberá ser objeto de las medidas de reparación y prevención que adopte la institución responsable de las violaciones a derechos humanos que se evidencian en esta recomendación.
- 101.** Al respecto, la Corte Interamericana ha señalado en varias de sus sentencias, que el cumplimiento de las obligaciones impuestas en el artículo 4.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, relacionado con el artículo 1.1, 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.
- 102.** 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.
- 103.** En este sentido, esta 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 ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud; y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, aunado a que la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad, y calidad.
- 104.** Es importante señalar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución Federal, 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 Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y al servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades Número 25 en Monterrey, Nuevo León, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social, debieron considerar el interés superior del paciente, realizando una valoración adecuada de su situación antes de practicar la cirugía de 17 de julio de 2011, documentando la lesión ocasionada en su intestino en notas postoperatorias, efectuando un manejo postoperatorio adecuado, agilizando su traslado ante la imposibilidad de atenderlo y, finalmente, colocar el catéter Mahurkar con el cuidado de no puncionar su pulmón, de manera que la atención médica del estado de salud de V1 tuviera la calidad que debe imperar en la prestación del servicio público, todo lo cual, de acuerdo con las consideraciones expuestas, no se llevó a cabo.
- 105.** Partiendo de la base de que el derecho al trato digno es aquella prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el orden jurídico, se advierte que éste se vulneró en agravio de V1, al no recibir una atención médica que satisficiera sus necesidades en el estado de salud y también porque la actuación de las autoridades responsables en ambos nosocomios contribuyeron a que su situación se agravara e, incluso, a que perdiera la vida. Este derecho encuentra su sustento en los artículos 1º, párrafo tercero y 25, de la Constitución Política de

los Estados Unidos Mexicanos; 1, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; y 11.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

106. A este respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales emitió la Observación General Número 14, sobre el derecho a la protección de la salud tutelado por el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, en la que se determina que tal derecho no solamente implica obligaciones de carácter positivo al Estado de procurar que las personas disfruten del más alto nivel posible de salud física, mental y social, sino también obligaciones de carácter negativo o de abstención, que se vinculan al derecho a no padecer injerencias arbitrarias ni tratos crueles en su integridad que impidan la efectividad del derecho a la salud.
107. Igualmente, el personal adscrito al Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y al servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, incurrió en un probable incumplimiento de sus 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 que tienen éstos 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.
108. Por otra parte, se advierte que el hecho de que no consta en el expediente clínico una nota de defunción, cobra especial relevancia, en virtud de que en el acta de defunción correspondiente se asentó como causa de muerte de V1 “acidosis metabólica irreversible” y, como fecha de fallecimiento, el 14 de noviembre de 2011 no obstante que de conformidad con el contenido del memorándum Interno de 28 de octubre de 2011, firmado por el jefe de Servicio de Cirugía Digestiva y Endócrina, del Hospital de Especialidades número 25, en Monterrey, Nuevo León, del Instituto Mexicano del Seguro Social, la muerte de la víctima ocurrió el 14 de octubre del mismo año.
109. Según lo dispuesto en el artículo 391 de la Ley General de Salud, los certificados de defunción serán emitidos una vez comprobado el fallecimiento por profesionales de la medicina o personas autorizadas por la autoridad sanitaria correspondiente, que en el caso corresponde al Instituto Mexicano del Seguro Social. Es decir, que para la elaboración del certificado de defunción CD1, en que se documentó la muerte de V1 se requería de la intervención de personal de tal instituto, de forma que al asentar una fecha distinta de la muerte de V1 también se vulneraron los derechos a la seguridad jurídica tanto de V1, como de sus familiares, toda vez que se trata de un documento con base en el cual las víctimas pueden, ante diversas instancias, ejercer algunos de sus derechos y forma incluso parte de su historia de vida.
110. Al margen de lo anterior, es oportuno tener en cuenta que V1 procreó 9 hijos, tres de ellos menores de edad en el momento en que ocurrieron los hechos, V2, V3 y V4, quienes con motivo del deceso de V1, viven con P1, su hermana mayor, por lo que las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V1 han trascendido la esfera jurídica de sus hijos. Esto es así, ya que su proyecto de vida se ha alterado significativamente en perjuicio de sus derechos a la familia y a su sano desarrollo.
111. Adicionalmente, tal como se advierte de las actas circunstanciadas de 21 de febrero de 2012 y 11 de febrero de 2013, la situación económica de P1 es precaria, aunado a que el Instituto Mexicano del Seguro Social no le ha ofrecido apoyo para que los niños cuenten con atención médica.
112. Al respecto se hace énfasis en la condición de vulnerabilidad en que se encuentran los niños V2, V3 y V4, ya que al depender de la economía familiar de P1, puede suponer una serie de limitaciones e impedimentos para el ejercicio de los derechos de los niños a la educación, a la salud, a la familia y a un nivel adecuado de vida, particularmente respecto de la nutrición, vestuario y vivienda, lo cual pone en riesgo su sano desarrollo.

113. El fallecimiento de V1, padre de los niños V2, V3 y V4 genera factores de riesgo en su desarrollo y en la inserción en su entorno sociocultural, particularmente por el impacto psicológico que puede significar la muerte de su padre durante un período de poco más de dos meses de inadecuada atención médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social.
114. En este sentido, la Corte Interamericana en el caso Loayza Tamayo precisó que el concepto de proyecto de vida se encuentra asociado con el de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En tal virtud, es razonable afirmar que los hechos violatorios de derechos impiden u obstruyen seriamente la obtención del resultado previsto y esperado y, por ende, alteran en forma sustancial el desarrollo del individuo. En otros términos, el “daño al proyecto de vida”, entendido como una expectativa razonable y accesible, implica la pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable. Así, la existencia de una persona se ve alterada por factores ajenos a ella, que le son impuestos en forma injusta y arbitraria, con la consecuente violación a las normas vigentes y de la confianza que pudo depositar en órganos del poder público obligados a protegerla y a brindarle seguridad para el ejercicio de sus derechos y la satisfacción de sus legítimos intereses.
115. En este tenor, el artículo 3, de la Convención sobre los Derechos del Niño, señala que las autoridades deben 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 niños y favorecer a su mejor desarrollo. La salvaguarda de los derechos de la infancia y el cuidado de su integridad debe prevalecer sobre cualquier otro interés.
116. Sobre el particular, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos reconoce el pago de la indemnización que el Instituto Mexicano del Seguro Social realizó en favor de P1, como una acción encaminada a reparar los daños materiales y morales ocasionados a V2, V3 y V4, menores de edad en su proyecto de vida, originados por la desintegración familiar, así como por la muerte de V1, jefe de la familia y proveedor de su sustento, en atención al principio del interés superior del niño, establecido en el artículo 4, párrafo octavo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
117. Por otra parte, si bien el Órgano Interno de Control del Instituto Mexicano del Seguro Social inició el procedimiento administrativo de responsabilidad correspondiente para deslindar la responsabilidad administrativa de servidores públicos relativa al caso de V1, esto se llevó a cabo hasta el 28 de febrero de 2013, esto es, un año, cuatro meses y catorce días después del fallecimiento de V1.
118. Dilación que implica una violación a los derechos a la legalidad y a la seguridad jurídica, contenidos en los artículos 14, párrafo segundo y 16, párrafo primero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como a los artículos 8.1. y 25, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, sobre todo cuando el paso del tiempo es una obstrucción importante en el curso de las investigaciones.
119. Al respecto, es importante precisar que de la existencia de la obligación general de garantía respecto al derecho a la vida, establecida en el artículo 1.1. de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, deriva la obligación de investigar los casos de violaciones a tales derechos en forma imparcial, oportuna y seria, para evitar la impunidad y que este tipo de hechos vuelvan a repetirse.
120. Así lo estableció la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso González y Otras (“Campo Algodonero”) vs. México, al señalar que el deber de investigar constituye una obligación de medio y no de resultado, que debe ser asumida por el Estado como un deber jurídico propio y no como una simple formalidad condenada de antemano a ser infructuosa. La obligación del Estado de investigar debe cumplirse diligentemente en todas las vías que su ordenamiento jurídico ofrezca, tal como el procedimiento administrativo de responsabilidad

de servidores públicos a cargo del Órgano Interno de Control del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual fue iniciado con dilación injustificada.

121. 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.
122. 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, 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con elementos de convicción suficientes para que esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente ampliación de queja ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de que se tomen en consideración en 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.
123. 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. Se instruya, a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para que, en vía de reparación del daño, se brinde atención médica y psicológica a los familiares de V1, es decir, los niños V2, V3 y V4, hasta que alcancen la mayoría de edad, derivado de la pérdida de la vida de V1, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 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, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se diseñen e impartan en los hospitales de ese Instituto Mexicano del Seguro Social a su cargo, especialmente en el Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y en el Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, 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, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen al presente pronunciamiento, hecho lo cual se remitan a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, así como las demás constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se instruya que los servidores públicos del Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Se colabore ampliamente con este organismo nacional en la ampliación de queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, contra AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y el personal adscrito al Hospital General de Zona Número 50, en San Luis Potosí, San Luis Potosí y el personal adscrito al servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades Número 25, en Monterrey, Nuevo León, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social, involucrados en los hechos de la presente recomendación, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

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 se remitan a este organismo nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se realicen las gestiones institucionales necesarias para que, a través del medio legal que accionen los familiares de V1, se realice la corrección respectiva del acta de defunción correspondiente, en protección de la seguridad jurídica de las víctimas y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

- 124.** 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 formular 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, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.
- 125.** 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, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.
- 126.** Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

- 127.** La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente recomendación no fue aceptada, por lo que esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X y 46, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 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 25/2013

Sobre el caso de inadecuada atención médica y pérdida de la vida de V1 y V2, menores de edad, en los Hospitales Generales de Escuinapa y Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”, ambos pertenecientes a la Secretaría de Salud en el estado de Sinaloa; y otras irregularidades en el Hospital Rural No. 16 “Villa Unión” del IMSS

SÍNTESIS

1. A partir del 7 de marzo de 2011, V1, niña de 15 de años de edad, acudió a la Unidad Médica Rural “Isla del Bosque” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), así como al Hospital General de Escuinapa, perteneciente a la Secretaría de Salud del estado de Sinaloa, todos ubicados en el citado municipio, para el control y seguimiento de su embarazo.
2. El 19 de julio de 2011, V1, quien para ese momento se encontraba cursando alrededor de las 29 semanas de gestación, asistió a la Unidad Médica Rural “Isla del Bosque” del IMSS, en donde el personal médico le informó que el ultrasonido que le había sido practicado cinco días antes mostraba que V2 se encontraba vivo. Al día siguiente, la víctima presentó dolor, por lo que asistió a la referida unidad; en ese lugar fue valorada por un médico, quien la refirió al Hospital General de Escuinapa perteneciente a la Secretaría de Salud de Sinaloa, donde el personal la diagnosticó con un cuadro clínico de cervicovaginitis, y le señaló que podía retirarse a su domicilio.
3. El 22 de julio de 2011, V1 acudió a la Unidad Médica Rural “Isla del Bosque” del IMSS, donde el médico tratante la refirió al Hospital General de Escuinapa, perteneciente a la Secretaría de Salud de Sinaloa. Sin embargo, debido a que la víctima y sus familiares consideraron que la atención que le había sido proporcionada previamente no fue la adecuada optaron por presentarse en el servicio de Urgencias del Hospital Rural Número 16 “Villa Unión” del mencionado instituto en Mazatlán.
4. En dicho nosocomio, el personal que la atendió, bajo el argumento de que presentaba una infección muy fuerte, en riesgo de perder a V2, y al no encontrarse presente ningún especialista en Ginecología, la canalizó al Hospital General de Mazatlán, “Dr. Martiniano Carvajal”, perteneciente a la Secretaría de Salud de Sinaloa, donde a las 21:40 horas le fue informado a Q1 que V2 había fallecido y que el estado de salud de V1 era estable, pero que sería necesario prepararla para intervenirla quirúrgicamente con la finalidad de extraerle el producto.
5. Después de dos horas y media, a Q1 se le informó que V1 había fallecido como consecuencia de un paro cardíaco y una infección derivada de la permanencia de V2 sin vida por varios días en su vientre, situación que de acuerdo al dicho de la quejosa no era verdad, ya que horas antes su hija le refirió haber sentido el movimiento del producto, además de que el personal del Hospital Rural Número 16 “Villa Unión” del IMSS ese mismo día señaló que V2 se encontraba con vida.
6. Q1 agregó estar en desacuerdo con la causa de muerte señalada en el certificado de defunción de V1, en el cual se indicó que había fallecido a las 23:30 horas del 22 de julio de 2011 por una falla orgánica múltiple, secundaria a sepsis de 10 días de evolución, provocada por la permanencia de V2 sin vida en su vientre durante tres semanas. Por lo anterior, el 8 de septiembre de 2011 Q1 presentó una queja ante la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, la cual, por razón de competencia, fue turnada a este Organismo Nacional el 28 de octubre del año citado, donde se inició el expediente CNDH/1/2011/9421/Q.

Observaciones

7. Antes de entrar al análisis de las violaciones a los Derechos Humanos atribuibles a personal de los Hospitales Generales de Escuinapa y Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal” de la Secretaría de Salud de

Sinaloa, es importante destacar las irregularidades presentadas en el Hospital Rural Número 16 "Villa Unión" del IMSS. Este Organismo Nacional observó la práctica reiterada e indebida de delegar la atención médica en pasantes egresados de la carrera de Medicina, sin la suficiente supervisión de los médicos responsables.

8. Dicha situación preocupó a este Organismo Nacional, ya que, además de vulnerar las Normas Oficiales Mexicanas y la legislación en la materia, puede acarrear graves consecuencias a la salud; por ello, en este pronunciamiento se busca destacar la importancia que tiene la supervisión de los médicos en su formación y la necesidad de que las instituciones públicas de salud, especialmente el IMSS, vigilen que se preserve el derecho a la protección de la salud y la calidad de los servicios que se proporcionen mientras se desarrollan las actividades de aprendizaje y enseñanza tutorial. Por lo anterior, es necesario que se adopten medidas urgentes para difundir el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-234-SSA1-2003, Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internos de Pregrado, y NOM-090-SSA1-1994, Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.
9. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2011/9421/Q, se contó con elementos que permitieron evidenciar transgresiones a los derechos a la protección de la salud, a la vida y al interés superior del niño, en agravio de V1 y V2, atribuibles a AR1, AR2, AR3 y AR4, personal médico adscrito a los Hospitales Generales de Escuinapa y Mazatlán "Dr. Martiniano Carvajal", pertenecientes a la Secretaría de Salud en el estado de Sinaloa, e irregularidades atribuibles al personal adscrito al Hospital Rural Número 16 "Villa Unión" del IMSS, en esa entidad federativa, responsable de supervisar la actuación de los pasantes de Medicina, en atención a lo siguiente:
10. El 14 de mayo de 2011, V1 acudió por primera ocasión al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Escuinapa, perteneciente a la Secretaría de Salud de Sinaloa, donde AR1 la reportó con gestación de 19 semanas, infección de vías urinarias, asintomática, peso de 58 kg, presión arterial de 100/70 mm/Hg, altura de fondo uterino acorde y ultrasonido normal. Como plan de manejo de la infección urinaria le indicó cefotaxima.
11. Al respecto, el perito médico de esta Comisión Nacional observó que AR1 omitió incluir la historia clínica completa, los datos de alarma, así como los riesgos obstétricos que enfrentaba y una descripción del estado de salud de V2; aunado a ello, se advirtió que tampoco existió constancia de que el citado servidor público ordenara a V1 practicarse exámenes generales de orina y un urocultivo con la finalidad de controlar, prevenir y detectar riesgos y complicaciones.
12. El 11 de junio de 2011, V1 fue valorada por segunda ocasión en el Hospital General de Escuinapa, por AR1. Al respecto, el perito de esta Comisión Nacional observó que el citado servidor público, por una parte, omitió considerar los riesgos obstétricos y, por la otra, buscar datos y síntomas relacionados con la infección urinaria que había sido detectada previamente, sin describir el estado de salud de V2, con la finalidad de prevenir y detectar posibles complicaciones.
13. El 20 de julio de 2011, V1 presentó dolor tipo cólico pélvico con irradiación a espalda y salida de líquido transvaginal, por lo que a las 11:40 horas acudió a la Unidad Médica Rural "Isla del Bosque" del IMSS, donde se le diagnosticó un embarazo de 29 semanas de gestación, amenaza de parto pretérmino, variación de la frecuencia cardíaca fetal, cervicovaginitis moderada mixta por candida y bacteriana (infección de la vagina y cérvix). Ante ello, el médico ordenó el ingreso de V1 para mantenerla en observación; asimismo, señaló como plan de manejo que permaneciera en reposo absoluto, suministrarle analgésicos antiespasmódicos antiinflamatorios y un uteroinhibidor; sin embargo, debido a que continuó registrándose una variación en la frecuencia cardíaca fetal, la víctima fue referida para su atención al servicio de Ginecología y Obstetricia de otro nosocomio.
14. V1 acudió al Hospital General de Escuinapa, perteneciente a la Secretaría de Salud de Sinaloa, donde a su exploración AR2 la encontró con secreción transvaginal abundante de color amarillo-verdosa, así como cérvix central formado y cerrado; dicho servidor público le prescribió entonces diversos medicamentos y determinó su egreso. Al respecto, el perito médico de este Organismo Nacional observó que AR2 omitió precisar que V1 cursaba un embarazo de alto riesgo y ordenar su ingreso con la finalidad de estar pendiente de la evolución de su estado de salud, mantener vigilancia estrecha del binomio materno-fetal, y que tampoco solicitó que se le practicara un ultrasonido obstétrico para descartar sufrimiento fetal agudo. Además, AR2 desestimó las alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal documentadas y no suministró agentes tocolíticos intravenosos para inhibir el trabajo de parto, ni aplicó maduradores pulmonares ante la inminencia de un parto pretérmino.
15. V1 presentó fiebre, fatiga y salida de líquido vaginal, por lo que a las 12:10 horas del 22 de julio de 2011 acudió con un médico adscrito a la Unidad Médica Rural "Isla del Bosque" del IMSS, quien la diagnosticó con un cuadro clínico de embarazo de 29 semanas de gestación, probable ruptura prematura de membranas, taquicardia y alto riesgo obstétrico; ante ello, el citado médico ordenó que se suministrara antibiótico a la víctima y referirla para su atención a un hospital de la Secretaría de Salud de Sinaloa.

16. Sin embargo, debido a que los familiares de V1 consideraron que la atención médica otorgada previamente a la víctima en la Secretaría de Salud de Sinaloa había sido inadecuada, optaron por llevarla al servicio de Urgencias del Hospital Rural Número 16 "Villa Unión" del IMSS, en Mazatlán, al cual ingresó a las 16:55 horas del 22 de julio de 2011, siendo valorada por un médico pasante, quien la encontró con un cuadro clínico de cervicovaginitis en tratamiento, amenaza de parto pretérmino y probable infección de vías urinarias. Así las cosas, determinó ingresar a la víctima, suministrarle soluciones intravenosas y antiespasmódicos; solicitó que se le practicaran diversos estudios, como biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación, examen general de orina y prueba sin estrés, la cual permitiría valorar el bienestar fetal.
17. El perito médico de esta Comisión Nacional observó que el citado médico pasante del IMSS omitió señalar que V1 cursaba un embarazo de alto riesgo, solicitar su valoración de manera urgente por un médico de base, ordenar que se le practicara un ultrasonido o referirla de forma inmediata a un hospital con mayores recursos y personal especializado. Dichas irregularidades cobraron relevancia porque fueron cometidas a partir de la atención que se le proporcionó a la víctima por un estudiante en formación, esto es, por una persona que carecía de experiencia en el manejo de este tipo de pacientes graves y que exigía la supervisión permanente de un médico.
18. Esta Comisión Nacional, en las Recomendaciones 47/2011 y 15/2012, ha señalado 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 las 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. Igualmente, en la Recomendación 53/2011 se destacó la importancia del contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Sobre la Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos de Pregrado 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, como sucedió en el presente caso.
19. Siendo las 17:40 horas del 22 de julio de 2011, el mencionado médico pasante valoró a V1, encontrándola con signos vitales dentro de los parámetros normales y dolor (sin especificarse tipo y ubicación), por lo que solicitó que le fueran practicados estudios de laboratorio; además, precisó que la prueba sin estrés mostró variaciones de la frecuencia cardíaca de V2. Así las cosas, ordenó suministrar a V1 uteroinhibidores y trasladarla al Hospital General Mazatlán "Dr. Martiniano Carvajal", perteneciente a la Secretaría de Salud de Sinaloa.
20. V1 fue trasladada al Hospital General Mazatlán "Dr. Martiniano Carvajal", perteneciente a la Secretaría de Salud de Sinaloa; a su ingreso, a las 18:17 horas, fue valorada por AR3, a quien, según se desprende del reporte de traslado, se le mostró la prueba de bienestar fetal (PSS), la cual indicaba variaciones en la frecuencia cardíaca fetal de 180 hasta 90 por minuto; sin embargo, AR3 estimó que la prueba era inválida y la destruyó en ese momento.
21. AR3 diagnosticó a V1 con un embarazo de 29 semanas de gestación y probable cervicovaginitis; sin embargo, fue omiso en señalar que se trataba de un embarazo de alto riesgo y de una emergencia obstétrica; además de que tampoco señaló las razones por las cuales desestimó la prueba de bienestar fetal que le había sido practicada en la unidad médica que la refirió y que reportaba variaciones en la frecuencia cardíaca de V2, síntoma indicativo de sufrimiento fetal agudo, que lo obligaba a realizar su extracción inmediata, sin que ello ocurriera.
22. Aunado a ello, AR3 aplazó una hora el suministro de solución glucosada, así como la práctica de un ultrasonido obstétrico y de estudios de laboratorio; además, indicó suministrar orcineprenalina (agente tocolítico que inhibe las contracciones uterinas), indometacina rectal y beclometasona, sin haber confirmado el estado de salud de V2; tampoco proveyó un esquema combinado de antibióticos ni ordenó interconsulta del servicio de Terapia Intensiva. Dichas irregularidades, finalmente, provocaron que se negara a V2 un mejor pronóstico de sobrevivencia.
23. Posteriormente, V1 fue valorada por AR4, quien a pesar de haberla reportado con un producto óbito y sepsis, omitió establecer un manejo del producto, solicitar interconsulta de urgencia a la Unidad de Terapia Intensiva, con la finalidad de brindar un plan de manejo integral a V1, ordenar reposición de líquidos, intubarla, administrar oxígeno y apoyo ventilatorio, así como practicarle un hemocultivo, además de que, de manera inadecuada, señaló que la paciente se encontraba sin compromiso cardiopulmonar.
24. A las 22:40 horas de ese mismo día se reportó que la presión arterial de V1 no era audible, su frecuencia cardíaca de 45 por minuto y que no respiraba. Posteriormente, a las 22:50 horas se indicó que la paciente presentó "crisis convulsivas generalizadas, tipo gran mal", por lo que le fueron aplicadas ámpulas de adrenalina y dopamina; sin embargo, fue hasta las 23:05 horas que se le proporcionó

apoyo ventilatorio, pero no reaccionó y presentó paro respiratorio irreversible mediante maniobras de reanimación cardiopulmonar; en consecuencia, a las 23:30 horas se declaró su fallecimiento, señalándose como causas de muerte en el certificado de defunción: falla orgánica múltiple (30 minutos), sepsis (10 días) y óbito fetal (tres semanas).

25. AR4 precisó en el certificado de defunción de V1 como causa de muerte "óbito fetal de tres semanas", situación que no pudo haber sucedido en ese tiempo, en virtud de que ninguno de los médicos que había valorado a la víctima con anterioridad reportó dicha circunstancia, aunado a que en la prueba de bienestar fetal realizada en el Hospital Rural Número 16 "Villa Unión" del IMSS, que se entregó a AR3, se precisó que existían alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal.
26. En suma, las irregularidades en que incurrieron AR1, AR2, AR3 y AR4, personal adscrito a los Hospitales Generales de Escuinapa y Mazatlán "Dr. Martiniano Carvajal", pertenecientes a la Secretaría de Salud en el estado de Sinaloa, no permitieron establecer un diagnóstico adecuado respecto de la condición de salud en la que se encontraba el binomio materno-fetal y de la urgencia obstétrica, lo que implicó que no se determinara de manera inmediata un tratamiento oportuno, incluyendo la extracción de V2 mediante cesárea.
27. Lo anterior propició que V2 presentara sufrimiento fetal y perdiera la vida, además de que el cuadro clínico de V1 empeorara y atravesara por un choque séptico que le provocó una falla orgánica múltiple y, finalmente, su fallecimiento, convalidándose así la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y el fallecimiento de las víctimas, y con ello la responsabilidad institucional que en materia de Derechos Humanos le es atribuible a servidores públicos de la Secretaría de Salud del estado de Sinaloa.
28. Además, AR1, AR2, AR3 y AR4 dejaron de observar el contenido 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, la cual ha sido referida en las Recomendaciones 5/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 6/2013 y 7/2013. Por otra parte, no pasó desapercibido que las notas médicas presentaron irregularidades, 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.
29. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3 y AR4, personal médico adscrito a los Hospitales Generales de Escuinapa y Mazatlán "Dr. Martiniano Carvajal", pertenecientes a la Secretaría de Salud en el estado de Sinaloa, y el personal adscrito al Hospital Rural Número 16 "Villa Unión" del IMSS, respectivamente, vulneraron en agravio de V1 y V2 los derechos a la protección de la salud y a la vida.
30. Las violaciones a los Derechos Humanos cometidas en agravio de V1 y V2 tuvieron una consideración especial en razón de su vulnerabilidad por ser ella mujer y ambos menores de edad, ya que los agravios, al ser analizados atendiendo al interés superior del niño y a la especial protección de la que gozan las mujeres durante su embarazo, contemplados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en diversos instrumentos internacionales en la materia, implicaba que debieron recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal de la Secretaría de Salud del estado de Sinaloa y del IMSS. El artículo 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño dispone que las autoridades deben de atender el 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 su mejor desarrollo. La salvaguarda de los derechos del menor y el cuidado de su integridad debe prevalecer sobre cualquier otro interés. Asimismo, los artículos 12.1 y 12.2 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer señalan que los Estados Parte deben adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, garantizando a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto.

Recomendaciones

Al Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social:

PRIMERA. Se imparta a los servidores públicos de los hospitales de ese instituto, especialmente a los adscritos al Hospital Rural Número 16 de "Villa Unión" del IMSS, en Mazatlán, Sinaloa, un Programa Integral de Educación, Formación y Capacitación en materia de Derechos Humanos y sus implicaciones en la protección de la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas, especialmente de aquellas relacionadas con la obligación de supervisar la atención que los pasantes, internos y residentes que se encuentran en adiestramiento proporcionan a los pacien-

tes, y envíe a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado.

SEGUNDA. Gire sus instrucciones, para que el personal médico adscrito al Hospital Rural Número 16 “Villa Unión” del IMSS en Mazatlán, Sinaloa, cumpla con su obligación de supervisar la atención que los pasantes, internos y residentes que se encuentran en adiestramiento proporcionan a los pacientes, en términos de lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, así como la legislación en la materia.

TERCERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que los servidores públicos del Hospital Rural Número 16 “Villa Unión” del IMSS en Mazatlán, Sinaloa, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos se encuentren debidamente integrados y protegidos.

CUARTA. Colaborar ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control en ese instituto.

Al Gobernador Constitucional del Estado de Sinaloa:

PRIMERA. Reparar el daño ocasionado a Q1, o a quien tenga mejor derecho a ello; además, proporcionar la atención psicológica que requiera, derivado de la inadecuada atención médica proporcionada y de la pérdida de la vida de V1 y V2.

SEGUNDA. Se impartan a los servidores públicos de los hospitales, especialmente en los Hospitales Generales de Escuinapa y Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”, un Programa Integral de Educación, Formación y Capacitación en Materia de Derechos Humanos, y sus implicaciones en la protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas, especialmente respecto de los cuidados materno-infantiles, con el objetivo de evitar irregularidades como las que dieron origen al presente pronunciamiento, y envíe a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación.

TERCERA. Se emita una circular dirigida al personal médico de los Hospitales Generales de Escuinapa, así como de Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal” de la Secretaría de Salud en el estado de Sinaloa, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas.

CUARTA. Gire sus instrucciones para que los servidores públicos de los Hospitales Generales de Escuinapa y de Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”, de la Secretaría de Salud en el estado de Sinaloa, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen se encuentren debidamente integrados y protegidos.

QUINTA. Colaborar en el trámite de la queja que se promueva ante la Dirección de Auditoría Interna de los Servicios de Salud de Sinaloa.

SEXTA. Colaborar en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de Justicia del estado de Sinaloa.

México, D.F., a 26 de junio de 2013

Sobre el caso de inadecuada atención médica y pérdida de la vida de V1 y V2, menores de edad, en los Hospitales Generales de Escuinapa y Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”, ambos pertenecientes a la Secretaría de Salud en el estado de Sinaloa; y otras irregularidades en el Hospital Rural No. 16 “Villa Unión” del IMSS

Dr. José Antonio González Anaya
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Lic. Mario López Valdez
Gobernador Constitucional del Estado de Sinaloa

Distinguidos señores:

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/1/2011/9421/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 las autoridades recomendadas a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de que dicten las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. A partir del 7 de marzo de 2011, V1, niña de 15 de años de edad, acudió a diversos nosocomios, entre ellos a la Unidad Médica Rural "Isla del Bosque" del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), así como al Centro de Salud (*sic*) y al Hospital General de Escuinapa, estos últimos pertenecientes a la Secretaría de Salud del estado de Sinaloa, todos ubicados en el citado municipio, para el control y seguimiento de su embarazo.
4. El 19 de julio de 2011, V1, quien para ese momento se encontraba cursando alrededor de las 29 semanas de gestación, asistió a la Unidad Médica Rural "Isla del Bosque" del IMSS, en donde el personal médico que la atendió le informó que el ultrasonido que le había sido practicado cinco días antes mostraba que V2 se encontraba vivo.
5. Al día siguiente, la víctima presentó dolor en la espalda, cabeza y pelvis, por lo que nuevamente se presentó en la referida unidad médica; en ese lugar fue valorada por un médico, quien de manera inmediata la refirió al Hospital General de Escuinapa perteneciente a la Secretaría de Salud de Sinaloa, donde el personal médico después de haberla diagnosticado con un cuadro clínico de cervicovaginitis y prescribirle medicamentos, le señaló que podía retirarse a su domicilio.
6. Toda vez que el estado de salud de V1 no mejoró, el 22 de julio de 2011 acudió a la Unidad Médica Rural "Isla del Bosque" del IMSS; ahí, el médico tratante la refirió al Hospital General de Escuinapa perteneciente a la Secretaría de Salud de Sinaloa. Sin embargo, debido a que la víctima y sus familiares consideraron que la atención que le había sido proporcionada a la menor de edad previamente no fue la adecuada optaron por presentarse en el servicio de Urgencias del Hospital Rural No.16 "Villa Unión" del mencionado instituto en Mazatlán.
7. En dicho nosocomio, el personal que la atendió, bajo el argumento de que presentaba una infección muy fuerte, en riesgo de perder a V2, y al no encontrarse presente ningún especialista en Ginecología, la canalizó al Hospital General de Mazatlán "Dr. Martiniano Carvajal", perteneciente a la Secretaría de Salud de Sinaloa, donde a las 21:40 horas le fue informado a Q1 que V2 había fallecido y que el estado de salud de V1 era estable, pero que sería necesario prepararla para intervenirla quirúrgicamente con la finalidad de extraerle el producto.

8. Después de que transcurrieron aproximadamente dos horas y media, a Q1 se le informó que V1 había fallecido durante el procedimiento, como consecuencia de un paro cardíaco y una infección derivada de la permanencia de V2 sin vida por varios días en su vientre, situación que de acuerdo al dicho de la quejosa no era verdad, ya que horas antes, su hija le refirió haber sentido el movimiento del producto, además de que el personal que la valoró en el Hospital Rural No. 16 “Villa Unión” del IMSS, ese mismo día señaló que V2 se encontraba con vida.
9. Q1 agregó estar en desacuerdo con la causa de muerte señalada en el certificado de defunción de V1, en el cual se indicó que había fallecido a las 23:30 horas del 22 de julio de 2011 por una falla orgánica múltiple, secundaria a sepsis de diez días de evolución, provocada por la permanencia de V2 sin vida en su vientre durante tres semanas.
10. Por lo anterior, el 8 de septiembre de 2011, Q1 presentó queja ante la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, la cual, por razón de competencia fue turnada a este organismo nacional el 28 de octubre del mismo año, donde se inició el expediente CNDH/1/2011/9421/Q. Ante ello, se solicitaron los informes correspondientes, así como copia de los expedientes clínicos respectivos a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS, así como a la Secretaría de Salud en el estado de Sinaloa.

II. EVIDENCIAS

11. Queja presentada el 8 de septiembre de 2011 por Q1 ante la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, la cual fue remitida a este organismo nacional, el 28 de octubre del mismo año, a través del oficio No. CEDH/VZS/IV/DF/001223.
12. Constancias del expediente clínico de V1 y V2, generado con motivo de la atención médica que se les proporcionó en el Hospital General de Escuinapa, así como en el Hospital General Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”, ambos de la Secretaría de Salud de Sinaloa, enviadas a este organismo nacional a través del oficio de 1 de diciembre de 2011, de las que destacaron:
 - 12.1. Notas del servicio de Urgencias y preconsulta de V1, elaboradas a las 18:17 y 19:15 horas del 21 y 22 de julio de 2011, por AR3, médico adscrito al servicio de Tococirugía del Hospital General Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”.
 - 12.2. Solicitud de análisis clínicos y resultados de V1, efectuados a las 20:34 horas del 22 de julio de 2011, por personal adscrito al Hospital General Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”.
 - 12.3. Hoja de enfermería quirúrgica de V1, elaborada el 22 de julio de 2011, por personal del mencionado servicio adscrito al Hospital General Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”.
 - 12.4. Notas del médico de V1, elaboradas a las 21:30 y 22:50 horas del 22 de julio de 2011, por AR4, médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”.
 - 12.5. Certificado de defunción de V1, en el que se señalaron las 23:30 horas del 22 de julio de 2011 como la hora y fecha de fallecimiento, y se precisó como causa de muerte: falla orgánica múltiple, sepsis y óbito fetal, suscrito por AR4.
 - 12.6. Notas de evolución de V1, elaboradas el 14 de mayo y 11 junio de 2011 por AR1, médico adscrito al Hospital General de Escuinapa.
 - 12.7. Nota de atención en Urgencias de V1, elaborada a las 13:00 horas del 20 de julio de 2011, por AR2, médico adscrito al servicio de Urgencias del Hospital General de Escuinapa.
13. Informe de 2 de diciembre de 2011, suscrito por un médico adscrito a la Unidad Rural “Isla del Bosque” del IMSS, en Escuinapa, Sinaloa, enviado a este organismo nacional mediante oficio No. 09 52 17 46 B0/196, de 11 de enero de 2012.

14. Constancias del expediente clínico de V1 y V2, generado con motivo de la atención médica que se les proporcionó en la Unidad Rural "Isla del Bosque" del IMSS, enviadas a este organismo nacional mediante el oficio No. 09 52 17 46 B0/20799, de 28 de diciembre de 2011, de las que destacaron:
 - 14.1. Notas médicas y prescripción de V1, elaboradas los días 7 y 23 de marzo, 19 de abril, 3 de mayo, 8 de junio, 5 y 19 de julio de 2011 por un médico adscrito a la Unidad Rural "Isla del Bosque" del IMSS.
 - 14.2. Nota del servicio de Urgencias de V1, elaborada a las 11:40 horas del 20 de julio de 2011 por un médico adscrito a la Unidad Rural "Isla del Bosque" del IMSS.
 - 14.3. Hoja de interconsulta a especialidad de V1, elaborada el 20 de julio de 2011 por un médico adscrito a la Unidad Rural "Isla del Bosque" del IMSS.
 - 14.4. Nota de manejo especializado de V1, efectuada el 20 de julio de 2011 por un médico adscrito a la Unidad Rural "Isla del Bosque" del IMSS.
 - 14.5. Nota de atención médica de V1, emitida a las 12:10 horas del 22 de julio de 2011 por un médico adscrito a la Unidad Rural "Isla del Bosque" del IMSS.
 - 14.6. Hoja de interconsulta a especialidad de V1, elaborada el 22 de julio de 2011 por un médico adscrito a la Unidad Rural "Isla del Bosque" del IMSS.
15. Constancias del expediente clínico de V1 y V2, generado con motivo de la atención médica que se les proporcionó en el Hospital Rural No. 16 "Villa Unión" del IMSS, en Mazatlán, Sinaloa; enviados a este organismo nacional mediante el oficio No. 09 52 17 46 B0/2035, de 14 de febrero de 2012, de las que destacaron las siguientes:
 - 15.1. Notas médicas y prescripción de V1, elaboradas a las 16:55 y 17:40 horas del 22 de julio de 2011 por un médico pasante adscrito al Hospital Rural No. 16 "Villa Unión" del IMSS.
 - 15.2. Hoja de interconsulta a especialidad de V1, emitida el 22 de julio de 2011 por un médico pasante adscrito al Hospital Rural No. 16 "Villa Unión" del IMSS.
 - 15.3. Reporte de traslado de V1, realizado el 1 de agosto de 2011 por un médico pasante adscrito al Hospital Rural No. 16 "Villa Unión" del IMSS.
16. Opinión médica emitida el 6 de noviembre de 2012 por un perito médico de esta Comisión Nacional que conoció del asunto, en la que se establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención proporcionada a V1 y V2 en diversos hospitales.
17. Comunicación telefónica sostenida el 18 de abril de 2013, entre personal de esta Comisión Nacional y de la Agencia del Ministerio Público de la Federación en Escuinapa, Sinaloa, quien informó que el 22 de octubre de 2011, la Averiguación Previa No. 1 fue remitida a la Delegación de la Procuraduría General de la República en Mazatlán.
18. Informe No. 09 52 17 61 4621/0493, de 22 de mayo de 2013, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas en materia de Derechos Humanos del IMSS, en el que precisó que mediante oficio No. 09 52 17 61 46 20/0004147 se notificó a Q1 la determinación en sentido procedente con pago, emitida por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico de ese instituto en el caso de V1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

19. El 20 de julio de 2011, V1, menor de 15 años de edad, que se encontraba cursando las 29 semanas de gestación fue referida por personal de la Unidad Médica Rural "Isla del Bosque" del IMSS al Hospital General de Escuinapa perteneciente a la Secretaría de Salud de Sinaloa para su atención; sin embargo, después de ser valorada el personal médico le señaló que podía retirarse a su domicilio.
20. El 22 de julio de 2011, V1 ingresó al servicio de Urgencias del Hospital Rural No. 16 "Villa Unión" del IMSS, donde el personal que la atendió, bajo el argumento de que presentaba una infección muy fuerte, en riesgo de perder a V2 y por no encontrarse presente ningún

especialista en Ginecología, la canalizó al Hospital General de Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”, perteneciente a la Secretaría de Salud de Sinaloa, en donde le fue informado a Q1 que V1 y V2 habían fallecido.

21. Al respecto, es importante precisar que Q1 presentó denuncia de hechos ante la Agencia del Ministerio Público de la Federación en Escuinapa, Sinaloa, donde se inició la Averiguación Previa No.1, la cual fue remitida por incompetencia a la Delegación de la Procuraduría General de la República en Mazatlán el 22 de octubre de 2011.
22. Por otro parte, a través del oficio No. 09 52 17 4621/0493, de 22 de mayo de 2013, el IMSS comunicó que mediante similar No. 09 52 17 61 46 20/0004147 se notificó a Q1 la determinación en sentido procedente con pago emitida por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico de ese instituto en el caso de V1.

IV. OBSERVACIONES

23. Antes de entrar al análisis de las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1 y V2, atribuibles a personal médico de los Hospitales Generales de Escuinapa y Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”, ambos de la Secretaría de Salud de Sinaloa, es importante destacar las irregularidades presentadas en el Hospital Rural No. 16 “Villa Unión” del IMSS, en la citada entidad federativa. Efectivamente, este organismo nacional observó la práctica reiterada e indebida de delegar la atención médica en pasantes egresados de la carrera de Medicina, sin la suficiente supervisión de los médicos responsables.
24. Dicha situación preocupó a este organismo nacional ya que además de vulnerar las Normas Oficiales Mexicanas y la legislación en la materia, esa práctica indebida puede acarrear graves consecuencias a la salud de los pacientes; por ello, en este pronunciamiento se busca destacar también la importancia que tiene la supervisión de los médicos en su formación y la necesidad de que las instituciones públicas de salud, especialmente al Instituto Mexicano del Seguro Social, vigilen que se preserve el derecho a la protección de la salud y la calidad de los servicios que se proporcionen mientras se desarrollan las actividades de aprendizaje y enseñanza tutorial.
25. Por lo anterior, es necesario que el Instituto Mexicano del Seguro Social adopte medidas urgentes para difundir el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-234-SSA1-2003. Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internos de Pregrado y NOM-090-SSA1-1994. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, así como de la legislación en la materia, con la finalidad de que hechos como los manifestados en la presente recomendación se prevengan.
26. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2011/9421/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 evidenciar por una parte, transgresiones a los derechos a la protección de la salud, a la vida y al interés superior del niño, en agravio de V1 y V2, atribuibles a AR1, AR2, AR3 y AR4, personal médico adscrito a los Hospitales Generales de Escuinapa y Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”, ambos pertenecientes a la Secretaría de Salud en el estado de Sinaloa, y por otra parte irregularidades atribuibles al personal adscrito al Hospital Rural No. 16 “Villa Unión” del IMSS, en esa entidad federativa, responsable de supervisar la actuación de los pasantes de Medicina, en atención a lo siguiente:
27. El 7 de marzo de 2011 V1, menor de 15 años de edad acudió a control prenatal a la Unidad Médica Rural “Isla del Bosque” del IMSS, en Escuinapa, Sinaloa, donde fue atendida por un médico que la diagnosticó como secundigesta, con embarazo de nueve semanas de gestación, le indicó practicarse estudios prenatales y regresar en una semana para valorarla nuevamente.

28. Por lo anterior, el 23 de marzo de 2011, V1 asistió a revisión con el citado médico quien la diagnosticó con un cuadro clínico de embarazo de doce semanas de gestación e hiperémesis (vómitos que afectan el estado general de salud); además, dicho servidor público le proporcionó orientación relacionada con el embarazo de alto riesgo obstétrico que presentaba por ser menor de edad, así como por el periodo intergenésico corto y le brindó información de nutrición integral, signos de alarma del primer trimestre y programación de método de planificación familiar. Le indicó como plan de manejo, diversos medicamentos y multivitamínicos a fin de prevenir defectos del tubo neural, y le señaló que acudiera tanto al grupo de embarazadas como a los Centros de Atención Rural del Adolescente, y que regresara a consulta en un mes junto con los resultados de los estudios prenatales que se le practicaran.
29. Igualmente, el 19 de abril y 3 mayo de 2011, V1 se presentó a su tercera y cuarta revisión de control prenatal con un médico adscrito a la Unidad Médica Rural "Isla del Bosque" del IMSS, quien en términos generales la diagnosticó con embarazo de alto riesgo obstétrico por ser menor de edad y periodo intergenésico corto; proporcionándole información y orientación al respecto, así como de los síntomas de amenaza de aborto, signos de alarma, nutrición, planificación familiar, lactancia, vacunación; además, de indicarle que continuara con el plan de manejo que le había señalado en su primera cita y que se practicara estudios prenatales y de orina.
30. Posteriormente, el 14 de mayo de 2011, V1 acudió por primera ocasión al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Escuinapa, perteneciente a la Secretaría de Salud de Sinaloa, donde AR1, médico tratante, a quien no se pudo identificar debido a que no precisó sus datos en la nota médica respectiva, la reportó con los antecedentes ya mencionados, así como con gestación de diecinueve semanas, infección de vías urinarias, asintomática, peso de 58 kg, presión arterial de 100/70 mm/Hg, altura de fondo uterino acorde y ultrasonido normal; además, señaló que el examen general de orina arrojó que la víctima presentaba 28 leucocitos por campo y 13 de hemoglobina. Como plan de manejo de la infección urinaria le indicó cefotaxima.
31. Al respecto, el perito médico de esta Comisión Nacional que conoció del asunto observó que AR1 en su valoración a la víctima, omitió incluir su historia clínica completa, los datos de alarma (periodo intergenésico corto, edad, disminución del peso por hiperémesis e infección de vías urinarias), así como los riesgos obstétricos que enfrentaba y una descripción del estado de salud de V2; aunado a ello, se advirtió que tampoco existió constancia alguna de que el citado servidor público ordenara a V1 practicarse exámenes generales de orina y un urocultivo con la finalidad de controlar, prevenir y detectar riesgos obstétricos y complicaciones.
32. El 8 de junio de 2011, V1 acudió a su quinta consulta de control prenatal con un médico adscrito a la Unidad Médica Rural "Isla del Bosque" del IMSS, en Escuinapa, Sinaloa, quien le diagnosticó un embarazo de veintitrés semanas de gestación, con alto riesgo obstétrico debido a su edad; además, nuevamente le proporcionó orientación nutricional y del embarazo; revisó y registró la cartilla; le prescribió polivitaminas y fumarato ferroso; y, finalmente le solicitó que se practicara una biometría hemática y un examen general de orina para estar en posibilidad de valorarla adecuadamente el siguiente mes.
33. El 11 de junio de 2011, V1 fue valorada por segunda ocasión en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Escuinapa, perteneciente a la Secretaría de Salud de Sinaloa por AR1, quien a su exploración física la encontró con un cuadro clínico de gestación de veintitrés semanas, presión arterial de 100/70 mm/Hg y peso de 57 kg. Al respecto, el perito de esta Comisión Nacional observó que el citado servidor público en su valoración, por una parte, omitió considerar los riesgos obstétricos y por otra, buscar datos y síntomas relacionados con la infección urinaria que había sido detectada previamente, sin describir el estado de salud de V2, con la finalidad de prevenir o detectar posibles complicaciones.
34. El 5 y 19 de julio de 2011, V1 acudió a su sexta y séptima consultas de control prenatal con un médico adscrito a la Unidad Médica Rural "Isla del Bosque" del IMSS, en Escuinapa, Sina-

loa, quien en términos generales le diagnosticó un alto riesgo obstétrico, indicándole que debía estar pendiente de signos de alarma, ya que en caso de presentar alguno, tendría que presentarse de manera inmediata al servicio de Urgencias, ingerir calcio efervescente, practicarse un examen general de orina, una biometría hemática, un ultrasonido y asistir a consulta en 15 días.

35. El 20 de julio de 2011, V1 presentó dolor tipo cólico pélvico con irradiación a espalda y salida de líquido transvaginal, por lo que a las 11:40 horas acudió a la Unidad Médica Rural "Isla del Bosque" del IMSS, donde se le diagnosticó un embarazo de veintinueve semanas de gestación, amenaza de parto pretérmino (contracciones que ocurren después de la semana veinte y antes de la treinta y siete, que se acompañan de cambios cervicales), variación de la frecuencia cardíaca fetal, cervicovaginitis moderada mixta por candida y bacteriana (infección de la vagina y cérvix).
36. Ante ello, el médico tratante ordenó el ingreso de V1 a la citada unidad médica para mantenerla en observación; asimismo, señaló como plan de manejo que permaneciera en reposo absoluto, suministrarle analgésicos antiespasmódicos antiinflamatorios y un uteroinhibidor; sin embargo, debido a que continuó registrándose una variación en la frecuencia cardíaca fetal, la víctima fue referida para su atención al servicio de Ginecología y Obstetricia de otro nosocomio.
37. En este contexto, V1 acudió al servicio de Urgencias del Hospital General de Escuinapa, perteneciente a la Secretaría de Salud de Sinaloa, donde a su exploración AR2 la encontró con secreción transvaginal abundante de color amarillo-verdosa, así como cérvix central formado y cerrado; dicho servidor público le prescribió entonces diversos medicamentos para inhibir las contracciones uterinas y un antimicrobiano; finalmente, determinó egresar a la paciente, limitándose a señalar que debería permanecer en su domicilio en reposo absoluto y regresar en caso de presentar alguna urgencia.
38. Al respecto, el perito médico de este organismo nacional observó que AR2 en su diagnóstico omitió precisar que V1 cursaba un embarazo de alto riesgo y en consecuencia, ordenar su ingreso al hospital con la finalidad de estar pendiente de la evolución de su estado de salud, mantener vigilancia estrecha del binomio materno-fetal registrando sus signos vitales y valorar el riesgo obstétrico, y que tampoco solicitó que se le practicara un ultrasonido obstétrico para descartar sufrimiento fetal agudo.
39. Además, se advirtió que AR2 desestimó las alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal documentadas previamente; y que tampoco suministró agentes tocolíticos intravenosos para inhibir el trabajo de parto, ni aplicó maduradores pulmonares ante la inminencia de un parto pretérmino; aunado a ello, en ningún momento solicitó la referencia de V1 al siguiente nivel de atención o a un hospital mejor equipado y con mayores recursos.
40. En suma, el hecho de que AR2 no hubiera determinado el ingreso de V1, ni su referencia al siguiente nivel de atención, impidió una vigilancia estrecha del binomio materno-fetal que permitiera evitar complicaciones y en consecuencia, generó que se negara a las víctimas un mejor pronóstico de sobrevivencia al que tenían derecho.
41. Posteriormente, V1 presentó fiebre, fatiga y salida de líquido vaginal, por lo que a las 12:10 horas del 22 de julio de 2011, acudió con un médico adscrito a la Unidad Médica Rural "Isla del Bosque" del IMSS, quien a su exploración la encontró con presión arterial de 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 128 latidos por minuto (taquicárdica), frecuencia respiratoria de 29 por minuto (taquipnea), temperatura de 37.8°C (febrícula), peso 58.3 kg, palidez total, respiración superficial, ruidos cardíacos arrítmicos, abdomen globoso por útero gestante, frecuencia cardíaca fetal de 144 a 139 por minuto sin variación marcada, con salida de leucorrea y líquido transvaginal, extremidades sin edema y reflejos osteotendinosos ausentes.
42. Por lo anterior, V1 fue diagnosticada con un cuadro clínico de embarazo de veintinueve semanas de gestación, probable ruptura prematura de membranas, taquicardia y alto riesgo obstétrico; ante ello, el citado médico ordenó que se suministrara antibiótico a la víctima y referirla para su atención a un hospital de la Secretaría de Salud de Sinaloa.

43. Sin embargo, debido a que los familiares de V1, consideraron que la atención médica otorgada previamente a la víctima en la Secretaría de Salud de Sinaloa había sido inadecuada, optaron por llevarla al servicio de Urgencias del Hospital Rural No. 16 "Villa Unión" del IMSS, en Mazatlán, al cual ingresó a las 16:55 horas del 22 de julio de 2011, siendo valorada por un médico pasante quien la encontró con un cuadro clínico de cervicovaginitis en tratamiento, amenaza de parto pretérmino y probable infección de vías urinarias. Así las cosas, determinó ingresar a la víctima, suministrarle soluciones intravenosas y antiespasmódicos; solicitó que se le practicaran diversos estudios, tales como biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación, examen general de orina y prueba sin estrés la cual permitiría valorar el bienestar fetal.
44. En este sentido, el perito médico de esta Comisión Nacional que conoció del asunto, observó que el citado médico pasante del IMSS en su diagnóstico omitió señalar que V1 cursaba un embarazo de alto riesgo, y en consecuencia solicitar su valoración de manera urgente por un médico de base y ordenar que se le practicara un ultrasonido que permitiera analizar el estado de salud de V2, o referirla de forma inmediata a un hospital mejor equipado, con mayores recursos y personal especializado.
45. Lo anterior evidenció una irregularidad, que si bien en este caso no repercutió en el posterior fallecimiento de las víctimas, por sí sola representó un motivo suficiente para hacer un llamado al Instituto Mexicano del Seguro Social con el objetivo de prevenir este tipo de situaciones y que la salud y la vida de las personas que acuden a solicitar el servicio público se pongan en riesgo; dicha situación fue tomada en consideración por el IMSS, informándose a esta Comisión Nacional que se han girado instrucciones y medidas para que tales hechos no se repitan.
46. Además, es importante destacar que las irregularidades señaladas cobraron relevancia porque fueron cometidas a partir de la atención inadecuada que se le proporcionó a la víctima por un estudiante en formación; esto es, por una persona que carecía de experiencia necesaria en el manejo de este tipo de pacientes graves, y que exigía de la supervisión permanente de un médico.
47. Al respecto, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en las recomendaciones 47/2011 y 15/2012, precisamente ha señalado 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 las 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 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 de Pregrado 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, como sucedió en el presente caso.
49. Aunado a ello, en la recomendación general número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, emitida el 23 de abril de 2009, esta Comisión Nacional manifestó su preocupación en el sentido de que en muchos casos el personal médico titular delega su responsabilidad en médicos pasantes y residentes para atender determinados padecimientos o, incluso, urgencias médicas, sin el apoyo y la supervisión del titular, 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. Ahora bien, abundando respecto de la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital Rural No. 16 "Villa Unión" del IMSS, en Mazatlán, Sinaloa, siendo las 17:40 horas del 22 de julio

de 2011, nuevamente el mencionado médico pasante valoró a V1, encontrándola con signos vitales dentro de los parámetros normales y dolor (sin especificarse tipo y ubicación), por lo que solicitó que le fueran practicados estudios de laboratorio los cuales reportaron: glucosa 98, urea 26, creatinina 1.5 (cuando lo normal es de 0.6 a 1.1 mg/dl), leucocitos 10, hemoglobina 10.9 (anemia leve), hematocritos 32.5, plaquetas 146000 (lo normal es de 150000 a 400000 mcl); además, precisó que la prueba sin estrés mostró variaciones de la frecuencia cardiaca de V2, en virtud de que éstas eran de 108 a 188 por minuto.

51. Así las cosas, el médico pasante ordenó suministrar a V1 dentro de su plan de manejo, útero inhibidores y trasladarla al Hospital General Mazatlán "Dr. Martiniano Carvajal", perteneciente a la Secretaría de Salud de Sinaloa, debido a la amenaza de parto pretérmino y por las variaciones de la frecuencia cardiaca de V2.
52. V1 fue trasladada en ambulancia en compañía de otro médico pasante del Hospital Rural No. 16 "Villa Unión" del IMSS al Hospital General Mazatlán "Dr. Martiniano Carvajal", perteneciente a la Secretaría de Salud de Sinaloa; a su ingreso, a las 18:17 horas fue valorada en el servicio de Tococirugía por AR3, a quien, según se desprendió del reporte de traslado, se le mostró la prueba de bienestar fetal (PSS), la cual indicaba variaciones en la frecuencia cardiaca fetal de 180 hasta 90 por minuto; sin embargo, AR3 estimó que la prueba era inválida y la destruyó en ese momento.
53. Asimismo, AR3 a la exploración física de V1, la encontró con tensión arterial de 110/60 mmhg, frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, temperatura de 36.5°C, orientada, palidez de mucosas y tegumentos, fascie dolorosa, posición antiálgica (posición que se adopta para evitar el dolor), ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, campos pulmonares bien ventilados, dolor generalizado en abdomen con irradiación en región lumbar, Giordano (+) bilateral, sin auscultar ruidos cardiacos fetales; al realizar un tacto vaginal, observó secreción blanquecina lechosa y amarillenta.
54. Igualmente, AR3 diagnosticó a V1 con un embarazo de veintinueve semanas de gestación y probable cervicovaginitis; sin embargo, en opinión del perito de este organismo nacional el citado servidor público fue omiso en señalar que se trataba de un embarazo de alto riesgo y de una emergencia obstétrica; además de que tampoco, señaló la razones por las cuales desestimó la prueba de bienestar fetal que le había sido practicada a la víctima en la unidad médica que la refirió para su atención y que reportaba variaciones en la frecuencia cardiaca de V2, síntoma indicativo de sufrimiento fetal agudo, que lo obligaba a realizar su extracción inmediata, sin que ello ocurriera.
55. Aunado a ello, se advirtió que AR3 aplazó durante una hora el suministro de solución glucosada, así como la práctica de un ultrasonido obstétrico y de los estudios de laboratorio correspondientes; y además, indicó suministrar orcineprenalina (agente tocolítico que inhibe las contracciones uterinas), indometacina rectal y beclometasona, sin haber confirmado el estado de salud de V2; tampoco proveyó un esquema combinado de antibióticos ni ordenó interconsulta del servicio de Terapia Intensiva. Dichas irregularidades, de acuerdo al perito médico de esta Comisión Nacional, finalmente provocaron que se negara a V2 un mejor pronóstico de sobrevida.
56. Es importante señalar que no pasó desapercibido para este organismo nacional el hecho de que en el presente caso, las irregularidades evidenciadas constituyeron además un abandono de paciente por parte de los médicos del Hospital General Mazatlán "Dr. Martiniano Carvajal", perteneciente a la Secretaría de Salud de Sinaloa, ya que la víctima quedó bajo la atención del servicio de Enfermería que, entre las 20:20 y 21:00 horas, reportó que V1 presentó signos alterados (hipotensión, taquicardia, taquipnea y fiebre), sin que AR3 indicara cambios en el plan de manejo ni valorara el binomio materno-fetal, aumentando con ello el riesgo de muerte perinatal.
57. Posteriormente, a las 21:30 horas del 22 de julio de 2011, V1 fue valorada por AR4, médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Mazatlán "Dr. Martiniano

no Carvajal”, quien a pesar de haberla reportado con un producto óbito y sepsis, omitió establecer un manejo del producto, solicitar interconsulta de urgencia a la Unidad de Terapia Intensiva, con la finalidad de brindar un plan de manejo integral a V1, ordenar reposición de líquidos, intubarla, administrarle oxígeno y apoyo ventilatorio; así como practicarle un hemocultivo, además de que, de manera inadecuada, señaló que la paciente se encontraba sin compromiso cardiorrespiratorio, cuando había datos que indicaban lo contrario.

58. Asimismo, a las 22:40 horas de ese mismo día, se reportó que la presión arterial de V1 no era audible, su frecuencia cardíaca de 45 por minuto y que no respiraba. Posteriormente, a las 22:50 horas se indicó que la paciente presentó *“crisis convulsivas generalizadas, tipo gran mal”*, por lo que le fueron aplicadas ámpulas de adrenalina y dopamina; sin embargo, fue hasta las 23:05 horas que se le proporcionó apoyo ventilatorio, pero no reaccionó y presentó paro respiratorio irreversible mediante maniobras de reanimación cardiopulmonar; en consecuencia, a las 23:30 horas se declaró su fallecimiento, señalándose como causas de muerte en el certificado de defunción, falla orgánica múltiple (30 minutos), sepsis (10 días) y óbito fetal (3 semanas).
59. Es importante señalar que AR4, médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”, precisó en el certificado de defunción de V1 como causa de muerte “óbito fetal de tres semanas”, situación que de acuerdo a los párrafos anteriores no pudo haber sucedido en ese tiempo, en virtud de que ninguno de los médicos que había valorado a la víctima con anterioridad reportó dicha circunstancia, aunado a que en la prueba de bienestar fetal realizada en el Hospital Rural No. 16 “Villa Unión” del IMSS, que se entregó a AR3, se precisó que existían alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal.
60. En suma, las irregularidades en que incurrieron AR1, AR2, AR3 y AR4, personal adscrito a los Hospitales Generales de Escuinapa y Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”, ambos pertenecientes a la Secretaría de Salud en el estado de Sinaloa, no permitieron establecer un diagnóstico adecuado respecto de la condición de salud en la que se encontraba el binomio materno-fetal y de la urgencia obstétrica, lo que implicó que no se determinara de manera inmediata un tratamiento oportuno, incluyendo la extracción de V2 mediante cesárea.
61. Lo anterior propició que V2 presentara sufrimiento fetal y perdiera la vida, además de que el cuadro clínico de V1 empeorara y atravesara por un choque séptico que le provocó una falla orgánica múltiple y, finalmente, su fallecimiento, convalidándose así la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y el fallecimiento de las víctimas, y con ello la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos le es atribuible a servidores públicos de la Secretaría de Salud del estado de Sinaloa.
62. Además, AR1, AR2, AR3 y AR4 dejaron de observar el contenido 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; la cual ha sido referida en las recomendaciones 5/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 6/2013 y 7/2013, emitidas por esta Comisión Nacional, haciendo 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.
63. La citada Norma Oficial Mexicana establece con claridad que la atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria; asimismo, establece que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para el 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.
64. Las acciones propuestas en la referida Norma Oficial Mexicana 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.

65. Por otra parte, no pasó desapercibido para este organismo nacional que las notas médicas contenidas en los expedientes clínicos de V1 presentaron irregularidades, tales como: ausencia de tipo, nombre y domicilio completos de las instituciones; nombre, sexo, edad y domicilio de la paciente; fecha y hora de elaboración; no se precisan los nombres completos, cargos, rangos, matrículas y especialidades de los médicos tratantes para su identificación, entre otros, 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.
66. Además, también constituyó un incumplimiento a la mencionada norma oficial mexicana el hecho de que AR3, médico adscrito Hospital General Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”, según se desprendió del reporte de traslado, al momento en que el médico pasante del Hospital Rural No. 16 del IMSS, le mostró la prueba de bienestar fetal (PSS), la cual indicaba variaciones en la frecuencia cardíaca fetal, la destruyera; ello, en virtud de que el citado servidor público tenía la obligación de conservar dicha constancia, por ser un instrumento expedido en beneficio del paciente.
67. 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 y sus familiares de que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.
68. Al respecto, en 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 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.
69. Debe señalarse que el pronunciamiento de la Corte Interamericana de Derechos Humanos que se cita en la presente recomendación es de observancia obligatoria para el Estado mexicano, de conformidad con el artículo 62, en sus numerales 1 y 2, y del reconocimiento de su competencia contenciosa, de conformidad con el decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* de 24 de febrero de 1999.
70. 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.
71. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3 y AR4, personal médico adscrito a los Hospitales Generales de Escuinapa y Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”, ambos pertenecientes a la Secretaría de Salud en el estado de Sinaloa; y el personal adscrito al Hospital Rural No. 16 “Villa Unión” del IMSS, respectivamente, vulneraron en agravio de V1 y V2 los derechos a la protección de la salud y a la vida, contenidos en los artículos 4, párrafos cuarto y octavo, y 14, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracciones II y IV; 23, 27, fracciones III, IV y X; 32, 33, 51, 61, fracciones I y II; 61 Bis y 63 de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II, 9, y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 1, 2 fracción V; 3, inciso A), fracción II; 26, fracción IV; 77 fracciones I y II, 78 y 79 de la Ley de Salud del Estado de Sinaloa; 1, 6, 8, 43, 71 y 90 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, 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.
- 72.** De igual forma, los citados servidores públicos, con sus omisiones, dejaron de observar las disposiciones relacionadas con los derechos a la vida y 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.
 - 73.** 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 y 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, incisos a) y d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1, 10.2, incisos a) y f); 16 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales así como 12.1 y 12.2, de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 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 las mujeres y 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.
 - 74.** Al respecto, la Corte Interamericana ha señalado en varias de sus sentencias 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.
 - 75.** Por otra parte, para esta Comisión Nacional, resultó importante destacar que las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V1 y V2 tuvieron una consideración especial en razón de su vulnerabilidad por ser ella mujer y los dos menores de edad, ya que los agravios cometidos en su contra, al ser analizados atendiendo al interés superior del niño y a la especial protección de la que gozan las mujeres durante su embarazo, contemplados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en diversos instrumentos internacionales en la materia, implicaba que debieron recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal de la Secretaría de Salud del estado de Sinaloa y del Instituto Mexicano del Seguro Social.
 - 76.** En este tenor, el artículo 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño dispone que las autoridades deben de atender el 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. Asimismo, los artículos 12.1 y 12.2, de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, señalan que los Estados Parte deben adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, garantizando a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto.

77. Al respecto, el Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, en la Observación General No. 4 “La Salud y el Desarrollo de los Adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño”, emitida el 21 de julio de 2003, señaló que es deber de los Estados adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes producida especialmente por el embarazo; igualmente, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el “Informe Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”, precisó que los Estados deben diseñar políticas y programas para ese grupo en función de sus necesidades específicas en salud materna.
78. 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.
79. 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 afirmó que dicho derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, y la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad, y calidad.
80. 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 a los Hospitales Generales de Escuinapa y Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”, ambos pertenecientes a la Secretaría de Salud en el estado de Sinaloa, así como del Hospital Rural No. 16 “Villa Unión” del IMSS, debió considerar el interés superior del paciente, realizando una adecuada valoración que les permitiera emitir un diagnóstico certero, y con ello proporcionarles a V1 y V2 la atención médica que requerían, con la calidad que debe imperar en la prestación de dicho servicio público, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo.
81. Por otra parte, no pasó desapercibido que AR1, AR2, AR3 y AR4, así como el personal del IMSS que no verificó la atención médica otorgada por los médicos pasantes, incurrieron en un probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en los artículos 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y 15, fracción I, de la Ley de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos del Estado de Sinaloa, que prevé 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 mismo.
82. Además, en el caso de AR3, médico adscrito Hospital General Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal” de la Secretaría de Salud del estado de Sinaloa, quien según se desprendió de las constancias enviadas a esta Comisión Nacional, destruyó la prueba de bienestar fetal, con su conducta omitió observar el contenido del artículo 15, fracción VI, de la Ley de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos del estado de Sinaloa, la cual dispone que los servidores públicos tienen la obligación de custodiar y cuidar la documentación e información que por razón de su empleo, cargo o comisión conserven bajo su cuidado o a la cual tengan acceso y que deberán impedir su destrucción.
83. 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; 1, 2 y 9 de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, y 1812 del Código Civil para el Estado de Sinaloa, 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.

84. 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 su atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, como ante la Dirección de Auditoría Interna de los Servicios de Salud de Sinaloa, a fin de que se inicien los procedimientos administrativos de investigación correspondientes, además de formularse la denuncia de hechos respectiva ante la Procuraduría General de Justicia del estado de Sinaloa, en contra del personal que intervino en los hechos que se consignan en el presente caso.
85. No es obstáculo para lo anterior que se hubiera iniciado una averiguación previa con motivo de los hechos descritos, ni que a través del oficio No. 09 52 17 4621/0493, de 22 de mayo de 2013, el IMSS comunicara que mediante similar No. 09 52 17 61 46 20/0004147 se notificó a Q1 la determinación en sentido procedente con pago emitida por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico de ese instituto en el caso de V1, ya que este organismo nacional presentará directamente la denuncia y quejas correspondientes, para los efectos previstos en el artículo 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a fin de entre otros motivos, se dé seguimiento a los mismos.
86. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a ustedes, señor director general del Instituto Mexicano del Seguro Social y señor gobernador constitucional del estado de Sinaloa, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

A usted, señor director general del Instituto Mexicano del Seguro Social:

PRIMERA. Gire las instrucciones necesarias, para que se imparta a la totalidad de los servidores públicos de los hospitales de ese instituto a su cargo, especialmente a los adscritos al Hospital Rural No. 16 de "Villa Unión" del IMSS, en Mazatlán, Sinaloa, un Programa Integral de Educación, Formación y Capacitación en materia de Derechos Humanos y sus implicaciones en la protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas, especialmente de aquellas relacionadas con la obligación de supervisar la atención que los pasantes, internos y residentes que se encuentran en adiestramiento proporcionan a los pacientes, con el objetivo de evitar irregularidades 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.

SEGUNDA. Gire sus instrucciones, para que el personal médico adscrito al Hospital Rural No. 16 "Villa Unión" del IMSS en Mazatlán, Sinaloa, cumpla con su obligación de supervisar la

atención que los pasantes, internos y residentes que se encuentran en adiestramiento, proporcionan a los pacientes, en términos de lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, así como la legislación en la materia y se envíen a este organismo nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que los servidores públicos del Hospital Rural No. 16 “Villa Unión” del IMSS en Mazatlán, Sinaloa, 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 y protegidos, 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.

CUARTA. Colaborar ampliamente con este organismo nacional en el trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control en ese instituto.

A usted, señor gobernador constitucional del estado de Sinaloa:

PRIMERA. Tomar las medidas necesarias, con el objetivo de reparar el daño ocasionado a Q1, o a quien tenga mejor derecho a ello, además proporcionar la atención psicológica que requiera con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal de los Hospitales Generales de Escuinapa y de Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”, pertenecientes a la Secretaría de Salud del estado de Sinaloa, involucrado en los hechos, derivado de la inadecuada atención médica proporcionada y de la pérdida de la vida de V1 y V2, 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 se impartan a la totalidad de los servidores públicos de los hospitales de esa dependencia a su cargo, especialmente en los Hospitales Generales de Escuinapa y Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”, un Programa Integral de Educación, Formación y Capacitación en materia de Derechos Humanos, y sus implicaciones en la protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas, especialmente respecto de los cuidados Materno-Infantil, con el objetivo de evitar irregularidades 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.

TERCERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se emita una circular dirigida al personal médico de los Hospitales Generales de Escuinapa, así como de Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal” de la Secretaría de Salud en el estado de Sinaloa, 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 a quien corresponda para que los servidores públicos de los Hospitales Generales de Escuinapa y de Mazatlán “Dr. Martiniano Carvajal”, de la Secretaría de Salud en el estado de Sinaloa, 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 y protegidos, 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. Colaborar ampliamente con esta Comisión Nacional en el trámite de la queja que promueva ante la Dirección de Auditoría Interna de los Servicios de Salud de Sinaloa, en contra de los servidores públicos que intervinieron en los hechos.

SEXTA. Colaborar 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 Sinaloa, a fin de que se inicie la averiguación previa que en derecho corresponda y remita a esta Comisión Nacional las constancias que le sean solicitadas.

87. 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 actos violatorios a los derechos humanos cometidos por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, así como de obtener, en los términos 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.
88. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos les solicito a ustedes 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.
89. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a ustedes que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma, de lo contrario dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.
90. Cuando las recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como a las legislaturas de las entidades federativas, su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

El Presidente
Dr. Raúl Plascencia Villanueva

Recomendación 26/2013

Sobre una conciliación incumplida, por parte del ISSSTE, en agravio de V1

SÍNTESIS

1. El 25 de junio de 2009, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) otorgó a V1 una pensión por jubilación, en términos de lo dispuesto en el artículo Décimo Transitorio, fracción I, inciso a), de la Ley de ese Instituto. Dicha pensión le fue concedida de manera retroactiva al mes de enero de ese año, por lo que recibió la cantidad de \$99,269.52 (Noventa y nueve mil doscientos sesenta y nueve pesos 52/100 M. N.).
2. Posteriormente, V1 recibió los pagos referidos a los meses de julio y agosto de 2009; sin embargo, al mes siguiente le fue suspendido el depósito, sin notificación previa por parte del ISSSTE, y así los subsecuentes meses de octubre y noviembre. En virtud de ello, el 9 de diciembre de ese año, la víctima presentó un escrito ante el Director de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales de ese Instituto, con el objetivo de regularizar los pagos omitidos, sin obtener respuesta.
3. El 24 de febrero de 2010, V1 presentó un escrito de queja ante esta Comisión Nacional, radicándose con el número de expediente CNDH/1/2010/1294/Q. El 14 de diciembre de 2010, realizada la investigación respectiva y toda vez que se acreditaron violaciones a los derechos a la seguridad jurídica, a la legalidad y de petición, derivadas de actos y omisiones contrarios a la administración pública, así como por no dar respuesta en término breve a la petición formulada en ejercicio de su derecho, todas atribuibles a servidores públicos del ISSSTE, se propuso al entonces encargado de la Dirección General de ese Instituto conciliar el asunto, propuesta que si bien en su momento fue aceptada, no se cumplió, lo que motivó, la reapertura del caso bajo el número CNDH/1/2012/5564/Q.

Observaciones

4. El 14 de diciembre de 2010, este Organismo Nacional propuso al encargado de la Dirección General del ISSSTE conciliar el caso de V1, ya que el 25 de junio de 2009 dicho Instituto le otorgó una pensión por jubilación retroactiva al 1 de enero de ese año, pero en septiembre del año mencionado, sin notificación alguna, le fue suspendida. Ello motivó que el 9 de diciembre de 2009 la víctima solicitara por escrito al entonces Director de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales la regularización de sus pagos, sin que obtuviera respuesta.
5. En el informe del 6 de mayo de 2010, suscrito por AR1, entonces jefa del Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene en el Trabajo de la Delegación Regional Oriente del ISSSTE en el Distrito Federal, manifestó que el 20 de marzo de 2009 V1 había solicitado una Pensión Directa en términos del Artículo Décimo Transitorio de la Ley del ISSSTE. El 13 de mayo de ese año, dicho instituto determinó otorgarle la pensión por jubilación solicitada, así como el pago de la cantidad de \$99,269.52 (Noventa y nueve mil doscientos sesenta y nueve pesos 52/100 M. N.), por concepto de liquidación de primer pago.
6. AR1 informó que la suspensión del pago había obedecido a que el 4 de agosto de 2009 la víctima se había presentado a solicitar una pensión de las denominadas "por cuenta individual", la cual, según lo señaló, no era posible otorgarle debido a que anteriormente ya se le había entregado otra en términos de lo dispuesto en el artículo Décimo Transitorio, y que, en consecuencia, lo que procedía era realizar un cambio, para lo cual era necesario que V1 reintegrara las cantidades liquidadas, que a esa fecha

ascendían a \$136,020.00 (Ciento treinta y seis mil veinte pesos 00/100 M. N.). AR1 agregó que hasta esa fecha V1 no había cubierto el adeudo que tenía con el ISSSTE, y que por ello aún no se le había concedido el beneficio que eligió el 4 de agosto de 2009.

7. Esta Comisión Nacional, en la propuesta de conciliación, evidenció que a V1 le fue suspendido el pago de su pensión a partir de septiembre de 2009, y que el ISSSTE no acreditó que el 4 de agosto de ese año la víctima hubiera solicitado una pensión por cuenta individual; por el contrario, con informes posteriores se advirtió que dicha circunstancia manifestada por AR1 resultaba inexacta y que sólo constituyó un argumento para justificar la suspensión del pago de la pensión a la víctima.
8. Del informe emitido por AR1 destacó el citatorio del 3 de mayo de 2010, en virtud de que con éste se advirtió que el primer contacto que el personal del ISSSTE tuvo con la víctima, desde que presentó su inconformidad, el 9 de diciembre de 2009, a AR2, entonces Director de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales del ISSSTE, transcurrieron más de cinco meses. Fue hasta el 31 de mayo que, mediante un oficio suscrito por AR1, se dio contestación, transgrediendo así su derecho a recibir una respuesta puntual, debidamente fundada y motivada, de conformidad con el artículo 8o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
9. Además, no pasó desapercibido el hecho de que en la información enviada por el ISSSTE se observaron diversas irregularidades, consistentes en las circunstancias argumentadas para justificar la suspensión del pago de la pensión a V1. AR1 realizó manifestaciones inexactas, al señalar que la suspensión del pago de la pensión de V1 había obedecido a que, no obstante habersele otorgado la pensión jubilatoria, en términos del artículo Décimo Transitorio, fracción I, inciso a), el 4 de agosto de 2009, la víctima acudió a solicitar una pensión por cuenta individual, y que para acceder a ese beneficio debería cubrir el adeudo que tenía con el Instituto por la suma de \$136,020.00 (Ciento treinta y seis mil veinte pesos 00/100 M. N.); debiendo resaltar que en ningún momento antes del 31 de mayo de 2010 se hubiera prevenido a V1 de tal circunstancia, no obstante que la supuesta solicitud de pensión por cuenta individual la realizó desde el 4 de agosto de 2009.
10. A mayor abundamiento, en el oficio del 24 de mayo de 2010, suscrito por AR3, Subdirector de Pensiones del ISSSTE, se informó que “erróneamente” se otorgó a V1 la concesión de pensión por jubilación bajo el régimen Décimo Transitorio, puesto que la víctima durante el proceso de elección optó por la modalidad de “régimen ordinario”. Además, en el oficio del 10 de agosto de 2010, suscrito por AR1, ésta señaló que dejaba constancia de que V1 había elegido su pensión de conformidad con el Reglamento para el Ejercicio del Derecho de Opción que Tienen los Trabajadores de conformidad con los Artículos Quinto y Séptimo Transitorios del Decreto por el que se expide la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, haciendo énfasis en que el artículo 3 del mencionado reglamento disponía que la elección que realizaran los trabajadores sería definitiva, irrevocable y no podría modificarse.
11. En suma, la Comisión Nacional, en su propuesta de conciliación, advirtió con relación al caso de V1: 1) falta de probidad de AR1, en la rendición de los informes remitidos; 2) que el ISSSTE admitió que derivado de un error se le había otorgado a V1 la concesión de pensión por jubilación en términos de lo dispuesto en el artículo Décimo Transitorio, fracción I, inciso a), siendo que en el proceso de elección optó por la acreditación de los Bonos de Pensión en Cuentas Individuales; 3) que al percatarse del error cometido se suspendió el pago de la pensión a V1; 4) no se acreditó que se le hayan comunicado a V1, de manera fundada y motivada, las causas reales por las cuales le fue suspendido el pago de su pensión; 5) que derivado de la actividad administrativa irregular y del equívoco en que incurrió el personal del ISSSTE, a V1 se le colocó en un plano de “deudora” ante ese Instituto, y 6) que al recibir la víctima el último pago de la pensión (agosto de 2009), se requirió la devolución de \$136,020.00 (Ciento treinta y seis mil veinte pesos 00/100 M. N.), hasta ocho meses después, para estar en posibilidad de tramitar la pensión que eligió.
12. La Comisión Nacional observó que las irregularidades administrativas atribuibles a personal del ISSSTE causaron un agravio a la víctima, quien sin tener la obligación jurídica de soportarlo, fue colocada en calidad deudora, bajo la exigencia de que en caso de que no efectuara un pago por \$136,020.00 (Ciento treinta y seis mil veinte pesos 00/100 M. N.), no se daría trámite a la pensión que le correspondía. Por ello, en la propuesta de conciliación se hizo patente la necesidad de reconocer los derechos a la seguridad jurídica y a la legalidad que tiene todo gobernado y que puede hacer valer ante cualquier agravio ocasionado por el Estado, y que, en el caso concreto, personal del ISSSTE, con sus actos y omisiones contrarios a la administración pública, los vulneró, perjudicando a V1, dejando de observar, además, los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones.
13. Además, AR3 reconoció que existió un error inimputable a V1, con respecto a la concesión de su pensión, por lo que este Organismo Nacional solicitó al Instituto que el pago de lo indebido ahora atribuido a la víctima se subsanara sin necesidad de que ésta devolviera en un solo pago toda la cantidad, y que por ello se buscaran otras vías administrativas para que la cuantificación y deducción de los

montos derivados del pago indebido se fueran descontando de la concesión de pensión con que V1 fuera beneficiada.

14. Al respecto, el artículo 51 de la Ley del ISSSTE establece que es nula toda enajenación, cesión o gravamen de las pensiones previstas en la misma, indicando que las pensiones devengadas o futuras son inembargables y sólo serán afectadas para hacer efectiva la obligación de alimentos o exigir adeudos con el Instituto con motivo de la aplicación de su ley; en tal sentido, escapó a toda lógica jurídica el hecho de que los servidores públicos del Instituto, involucrados en el error o irregularidad cometido, pretendieran atribuirle el carácter de "deudora" a la víctima y, además, condicionaran el trámite de su pensión a la devolución de la cantidad de dinero que se le entregó como pago por la pensión jubilatoria de los meses de enero a agosto de 2009, máxime que V1 en ningún momento adquirió una deuda con el Instituto con motivo de la aplicación de la ley, es decir, bajo la hipótesis de una prestación o un servicio otorgado por el Instituto, por lo cual no tenía por qué verse afectada.
15. En ese contexto, esta Comisión Nacional observó que era urgente que el ISSSTE proveyera lo necesario para que a la víctima se le resolviera de manera inmediata lo concerniente a la pensión que le corresponde, en el entendido que la misma se otorgara sin condicionamiento alguno, puesto que quedó probado que sin obligación jurídica de soportarlo, sufrió un grave perjuicio como consecuencia de la actividad administrativa irregular de servidores públicos de ese Instituto, y que se agravó más ante la exigencia a la que se ha hecho referencia en este documento.
16. Por lo expuesto, esta Comisión Nacional reitera lo señalado en la propuesta de conciliación emitida el 14 de diciembre de 2010, en el sentido de que personal del ISSSTE vulneró los derechos a la seguridad jurídica, a la legalidad y de petición en agravio de V1.
17. Ahora bien, respecto del incumplimiento de la conciliación por parte del ISSSTE, es importante precisar que mediante un oficio del 17 de febrero de 2011 se informó que se aceptaba la mencionada propuesta. Por ello, y a fin de dar seguimiento a las acciones implementadas para el cumplimiento, se realizaron diversos requerimientos de información y diligencias respectivas. A través del oficio SP/04309/2011, del 6 del mes y año citados, suscrito por AR3, se instruyó al Delegado Regional en la Zona Oriente que se diera continuidad al trámite de la solicitud de pensión por cuenta individual de V1, así como que se resolviera de manera inmediata y conforme a Derecho, en el entendido de que, de resultar procedente su otorgamiento, se hiciera sin condicionamiento alguno.
18. Asimismo, se giraron instrucciones a fin de que V1 acudiera a ese Instituto, con objeto de que fuera informada respecto de la situación que guardaba su caso y se le requiriera el pago del adeudo correspondiente, celebrando para ello un convenio en el que se estipulara que el adeudo sería cubierto en una sola exhibición o bien varias mensualidades que nunca podrían ser inferiores al tiempo durante el cual la víctima recibió el pago indebido de la pensión.
19. Con relación al tercer punto de la conciliación, mediante un oficio del 11 de enero de 2012, el Jefe de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolso del ISSSTE remitió un oficio del 12 de octubre de 2011, en el que la titular del Área de Quejas del Órgano Interno de Control en ese Instituto informó que con motivo de la vista que se dio en torno al caso se inició el Procedimiento Administrativo No. 1.
20. Ante la falta de evidencias que permitieran acreditar el cumplimiento de la conciliación, se celebró una reunión con el Jefe de Servicios de la Coordinación Ejecutiva de ese Instituto, en la que se le manifestaron los alcances de las respuestas y sobre la necesidad de que se cumpliera en su totalidad la propuesta de conciliación, situación por la que el citado servidor público señaló que se comprometía a acordarlo y que informaría su determinación.
21. Sin embargo, respecto del primero y segundo puntos conciliatorios, el jefe de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolso del ISSSTE, a través de un oficio del 14 de marzo de 2012, remitió el diverso del 14 de febrero del año citado, en el que el Subdelegado de Prestaciones de la Delegación Regional Oriente de ese Instituto precisó que V1 actuó de manera dolosa al señalar que elegía el régimen del artículo Décimo Transitorio, siendo que con antelación optó por el régimen de cuenta individual, por lo que se estaba en espera de que cubriera el adeudo para otorgarle la pensión, pues de lo contrario el sistema institucional no admitiría el ingreso de nuevos datos relativos a la pensión por cuenta individual.
22. De igual manera, en dicho informe, el Subdelegado de Prestaciones de la Delegación Regional Oriente del ISSSTE señaló que se encontraba pendiente la opinión autorizada del Subdirector de Pensiones de dicho Instituto, relativa a la implementación de mecanismos para que V1 cubriera el adeudo que tenía con el Instituto.
23. Además, a través de un oficio del 31 de julio de 2012, el jefe de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolso del ISSSTE anexó un similar del 18 de junio del año mencionado, en el que el titular del Área de Quejas Zona Norte-Oriente del Órgano Interno de Control en ese Instituto informó que el Procedimiento Administrativo No. 1 había sido concluido, en virtud de que no se encontraron elementos de los cuales se desprendieran infracciones al artículo 8 de la Ley Federal de Responsabili-

des Administrativas de los Servidores Públicos, por parte de personal adscrito a la Delegación Regional Oriente del ISSSTE; no obstante, indicó que se dio vista al Área de Quejas, por lo que hacía a la actuación de AR2.

24. No obstante los múltiples esfuerzos de este Organismo Nacional para que el ISSSTE cumpliera con el compromiso asumido, al no obtenerse una respuesta positiva se acordó la reapertura del caso, iniciándose el expediente CNDH/1/2012/5564/Q.
25. Por lo anterior, y en atención a la solicitud de informes de este Organismo Nacional, mediante un oficio del 17 de septiembre de 2012 (sic), el jefe de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolso del ISSSTE envió un diverso del 16 de octubre de ese año, suscrito por el Subdelegado de Prestaciones de la Delegación Regional Oriente de ese Instituto, en el que insistió en que V1 debería regresar al Instituto \$136,020.00 (Ciento treinta y seis mil veinte pesos 00/100 M. N.), para estar en posibilidad de dar curso a la pensión de bono de cuenta individual que eligió, y que no existía cuerpo normativo que facultara a servidor público alguno de ese Instituto a realizar lo estipulado en el segundo punto de la conciliación.
26. En este contexto, para esta Comisión Nacional los servidores públicos del ISSSTE, con su desinterés, evidenciaron una falta de colaboración y compromiso con el sistema de protección no jurisdiccional de los Derechos Humanos, impidiendo que se protegiera a V1 contra actos ilegales, así como que se respetaran y preservaran sus derechos, máxime que el artículo 55, fracción XXIII, del Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado establece que son funciones de la Secretaría General recibir, procesar, encauzar y dar seguimiento, hasta su solución, a las Recomendaciones y conciliaciones que emita este Organismo Nacional respecto del otorgamiento de seguros, prestaciones y servicios.

Recomendaciones

PRIMERA. Se realicen los trámites administrativos respectivos para que a V1 le sea otorgada la pensión que conforme a Derecho corresponda.

SEGUNDA. Toda vez que la prestación de seguridad social que le fue otorgada a V1 y que posteriormente se le canceló, así como los montos de la misma que se le pagaron y de lo cual se le requirió su devolución, derivó de un error administrativo generado por el o las áreas involucradas del Instituto, se giren instrucciones a fin de que se subsane el mismo sin necesidad de que ésta tenga que efectuar la devolución de las cantidades cobradas en una sola exhibición, debiéndose buscar las vías administrativas idóneas para que, en su caso, la cuantificación y deducción de los montos derivados del pago indebido realizado se descuenten de la concesión de pensión con que ésta sea beneficiada.

TERCERA. Se diseñen e impartan programas integrales de capacitación y formación en materia de Derechos Humanos, dirigidos a servidores públicos del ISSSTE, a fin de que las tareas que realizan se ajusten a la legalidad y respeto a los Derechos Humanos.

CUARTA. Girar sus instrucciones a quien corresponda, a fin de que los servidores públicos de ese Instituto cumplan en tiempo y forma las propuestas de conciliación que les sean enviadas, y de esta forma evitar dilaciones innecesarias que redunden en perjuicio de las víctimas.

QUINTA. Colaborar con esta Comisión Nacional en el trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno del Control en ese Instituto.

México, D.F., a 26 de junio de 2013

Sobre una conciliación incumplida, por parte del ISSSTE, en agravio de V1

Lic. Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias

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, y 102, apartado B, de la Constitución Polí-

tica 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 121, 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136, de su reglamento interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2012/5564/Q, relacionados con el caso de una conciliación incumplida por parte del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en agravio 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 25 de junio de 2009, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) otorgó a V1, mujer de 57 de años, una pensión por jubilación a través de la constancia de concesión No. SP 0847224, en términos de lo dispuesto en el artículo Décimo Transitorio, fracción I, inciso a), de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Dicha pensión, le fue concedida de manera retroactiva al mes de enero de ese año recibiendo la cantidad de \$99,269.52 pesos.
4. Posteriormente, V1 recibió los pagos referidos a los meses de julio y agosto del citado año 2009; sin embargo, al mes siguiente le fue suspendido el depósito que le correspondía, sin notificación previa alguna por parte del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y así los subsecuentes meses de octubre y noviembre. En virtud de ello, el 9 de diciembre de ese año, la víctima presentó un escrito ante el director de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales de ese Instituto, con el objetivo de regularizar los pagos omitidos sin obtener respuesta.
5. En consecuencia, el 24 de febrero de 2010, V1 presentó escrito de queja ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, radicándose con el número de expediente CNDH/1/2010/1294/Q.
6. El 14 de diciembre de 2010, realizada la investigación respectiva y toda vez que se acreditaron violaciones a los derechos a la seguridad jurídica, a la legalidad y de petición, derivadas de actos y omisiones contrarios a la administración pública, así como por no dar respuesta en término breve a la petición formulada en ejercicio de su derecho, todas atribuibles a servidores públicos del ISSSTE, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos propuso al entonces encargado de la Dirección General de ese Instituto, conciliar el asunto de mérito; propuesta que si bien en su momento fue aceptada, no se cumplió; lo que motivó, la reapertura del caso bajo el número CNDH/1/2012/5564/Q.

II. EVIDENCIAS

7. Expediente CNDH/1/2010/1294/Q, iniciado con motivo de la queja presentada el 24 de febrero de 2010 por V1, ante esta Comisión Nacional, del cual destacó:
 - 7.1. Escrito de 8 de diciembre de 2009, enviado por V1 al director de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales del ISSSTE, a través del cual solicitó su intervención con la finalidad de que se regularizara el pago de su pensión.

- 7.2.** Constancias e informe enviados a esta Comisión Nacional por la jefa del Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene en el Trabajo de la Subdelegación de Prestaciones de la Delegación Regional Oriente del ISSSTE, mediante el oficio No. SP/DPSH/975/2010, de 6 de mayo de 2010, de los que destacaron:
- 7.2.1.** Solicitud de pensión directa de V1.
 - 7.2.2.** Liquidación de pago previa incorporación a nómina de V1, de 13 de mayo de 2009.
 - 7.2.3.** Concesión de pensión No. SP 0847224, emitida por el delegado en la Zona Oriente del ISSSTE en el Distrito Federal a favor de V1.
 - 7.2.4.** Constancia de adeudo de V1 con el ISSSTE, por la cantidad de \$136,020.00 pesos.
 - 7.2.5.** Citatorio de 3 de mayo de 2010, enviado a V1 por la jefa de Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene en el Trabajo de la Delegación Regional Oriente del ISSSTE.
- 7.3.** Escritos presentados por V1 en este organismo nacional el 31 de mayo, 2 y 21 de junio y 7 de septiembre de 2010, en los cuales reiteró su inconformidad con la actuación de los servidores públicos del ISSSTE, respecto de la suspensión del pago de la pensión que le había sido otorgada, a los cuales anexó diversa documentación, de la que destacó:
- 7.3.1.** Oficio No. SP/DPSH/1187/2010, de 31 de mayo de 2010, enviado a V1 por la jefa del Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene en el Trabajo de la Subdelegación de Prestaciones de la Delegación Regional Oriente del ISSSTE.
- 7.4.** Constancias enviadas a este organismo nacional por el entonces subdirector de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, a través del oficio No. SG/SAD/4206/10 de 4 de junio de 2010, de las que destacaron:
- 7.4.1.** Documento de cálculo del bono de pensión de V1 y elección de la misma, emitido el 25 de junio de 2008.
 - 7.4.2.** Informe No. SP/02579/2010 de 24 de mayo de 2010, suscrito por el subdirector de Pensiones del ISSSTE, en el que precisó que durante el mes de junio de ese año, erróneamente se otorgó a V1 concesión de pensión bajo el régimen Décimo Transitorio, siendo que ella había optado por el de régimen ordinario.
- 7.5.** Constancias remitidas a esta Comisión Nacional por el entonces subdirector de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, mediante el oficio No. SG/SAD/6084/10 de 25 de agosto de 2010, de las que destacó:
- 7.5.1.** Informe No. SP/DPSH/1734/2010 de 10 de agosto de 2010, firmado por la jefa del Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene en el Trabajo de la Delegación Regional Oriente del ISSSTE.
- 7.6.** Propuesta de conciliación dirigida a través del oficio No. 70162, de 14 de diciembre de 2010, por esta Comisión Nacional al entonces encargado de la Dirección General del ISSSTE, con relación al caso de V1.
- 7.7.** Aceptación de la propuesta de conciliación, enviada a este organismo nacional mediante oficio No. SG/SAD/0770/11 de 17 de febrero de 2011, suscrito por el entonces subdirector de Atención al Derechohabiente del ISSSTE.
- 8.** Seguimiento a la conciliación formulada en el expediente CNDH/1/2010/1294/Q, del que destacó la siguiente documentación:
- 8.1.** Solicitudes de información, respecto del avance en el seguimiento de la conciliación emitida el 14 de diciembre de 2010, enviadas por este organismo nacional mediante oficios No. 24160 y 42425, de 27 de abril y 30 de junio de 2011, respectivamente, al entonces director general del ISSSTE.
 - 8.2.** Informes No. SP/04309/2011 y SP/04730/2011, de 6 y 25 de julio de 2011 relacionados con el cumplimiento de la conciliación emitida el 14 de diciembre de 2010, suscritos por el subdirector de Pensiones del ISSSTE, enviados a este organismo nacional a través de

- los oficios No. SG/SAD/5054/11 y SG/SAD/5709/11, de 18 de julio y 10 de agosto de ese año, por el entonces subdirector de Atención al Derechohabiente de ese Instituto.
- 8.3.** Copia certificada del expediente integrado ante la Subdirección de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, enviada a través del oficio No. SG/SAD/6536/11, de 6 de septiembre de 2011, por el titular de dicha área al titular del Órgano Interno de Control en ese Instituto, con el objeto de que se iniciara el procedimiento administrativo correspondiente.
 - 8.4.** Escrito presentado por V1, el 14 de septiembre de 2011 en esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
 - 8.5.** Informe No. OIC/TAQ/00/637/909/2011 de 12 de octubre de 2011, a través del cual, la titular del área de Quejas del Órgano Interno de Control en el ISSSTE señaló al subdirector de Atención al Derechohabiente de ese Instituto, que se había iniciado el Procedimiento Administrativo No. 1.
 - 8.6.** Solicitud de información respecto del estado que guardaba el Procedimiento Administrativo No.1, requerida por este organismo nacional al Órgano Interno de Control en el ISSSTE, mediante oficio No. 86631, de 14 de diciembre de 2011.
 - 8.7.** Informe enviado a esta Comisión Nacional a través del oficio No. OIC/AQ/NTE-OTE/DF/331/2011, de 21 de diciembre de 2011, por el titular del Área de Quejas del Órgano Interno de Control en el ISSSTE, en el que precisó que el Procedimiento Administrativo No. 1 continuaba en integración.
 - 8.8.** Solicitudes de información, respecto del avance en el seguimiento de la conciliación emitida el 14 de diciembre de 2010, enviadas por este organismo nacional mediante oficios No. 71534, 85029 y 01342 de 28 de octubre y 7 de diciembre de 2011 y 13 de enero de 2012, respectivamente, al entonces director general del ISSSTE.
 - 8.9.** Reunión de trabajo realizada el 2 de marzo de 2012, en las oficinas de esta Comisión Nacional con personal del ISSSTE, en relación con el avance en el cumplimiento de la propuesta de conciliación emitida por este organismo nacional.
 - 8.10.** Informe No. SP/770/2012 de 14 de febrero de 2012, relacionado con el cumplimiento de la conciliación emitida el 14 de diciembre de 2010, suscrito por el subdelegado de Prestaciones del ISSSTE, enviados a este organismo nacional a través del oficio No. SG/SAD/JSCDQR/1410/12 de 14 de marzo de ese año, por el jefe de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolsos de ese Instituto.
 - 9.** Expediente de queja CNDH/1/2012/5564/Q, iniciado por esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la negativa de la autoridad responsable para cumplir con la propuesta de conciliación sobre el caso de V1, del que se destacó la siguiente documentación:
 - 9.1.** Escrito de V1, recibido en esta Comisión Nacional el 23 de febrero de 2012, quien precisó en términos generales que el ISSSTE no había dado cumplimiento a la propuesta de conciliación emitida el 14 de diciembre de 2010.
 - 9.2.** Comunicación telefónica sostenida el 27 de abril de 2012, entre personal de este organismo nacional y del ISSSTE, a fin de obtener información respecto de las acciones que se habían realizado ese Instituto para dar cumplimiento a la conciliación emitida el 14 de diciembre de 2010.
 - 9.3.** Informe No. SG/SAD/JSCDQR-4402/12, de 31 de julio de 2012, mediante el cual el jefe de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolsos del ISSSTE, precisó que el Órgano Interno de Control determinó enviar al archivo el Procedimiento Administrativo No.1, al cual anexó copia del oficio No. OIC/AQ/NTE-OTE/DF/723/2012, de 18 de junio de 2012, suscrito por el titular del área de Quejas Zona Norte-Oriente de ese Instituto.
 - 9.4.** Escrito presentado por V1 el 8 de agosto de 2012, ante esta Comisión Nacional.
 - 9.5.** Solicitud de información, respecto del avance en el seguimiento de la conciliación emitida el 14 de diciembre de 2010, enviada por este organismo nacional mediante oficio No. 65932 de 13 de agosto de 2012, al entonces director general del ISSSTE.

- 9.6. Diligencias realizadas en las brigadas de trabajo celebradas el 23 y 30 de agosto de 2012, entre personal de esta Comisión Nacional y del ISSSTE, con el objeto de que se remitiera la información solicitada.
- 9.7. Comunicación telefónica sostenida el 10 de septiembre de 2012, entre personal de esta Comisión Nacional y del ISSSTE, en la que se informó que se había gestionado una cita con V1, a fin de dar solución a su situación.
- 9.8. Comunicación telefónica sostenida el 11 de septiembre de 2012, por personal de este organismo nacional con V1, quien manifestó que ese mismo día acudió a la cita con personal del ISSSTE, pero que no la recibieron.
- 9.9. Recordatorio de solicitud de información, respecto del avance en el seguimiento de la conciliación emitida el 14 de diciembre de 2010, enviada por este organismo nacional mediante oficio No. 80723 de 20 de septiembre de 2012, al entonces director general del ISSSTE.
- 9.10. Diligencias realizadas en las brigadas de trabajo celebradas el 6, 20 y 27 de septiembre de 2012, entre personal de esta Comisión Nacional y del ISSSTE, con el objeto de que se remitiera la información solicitada.
- 9.11. Reunión de trabajo realizada el 9 de octubre de 2012, en las oficinas de esta Comisión Nacional con personal del ISSSTE y V1.
- 9.12. Escrito presentado por V1 el 11 de octubre de 2012, ante esta Comisión Nacional.
- 9.13. Informe No. SP/3832/2012 de 16 de octubre de 2012, suscrito por el subdelegado de Prestaciones de la Delegación Regional Oriente del ISSSTE, enviado a esta Comisión Nacional a través del oficio No. SG/SAD/JSCDQR-6416/12, de 17 de septiembre del mismo año, por el jefe de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolsos de ese Instituto.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

- 10. El 25 de junio de 2009, el ISSSTE con fundamento en lo dispuesto por el artículo Décimo Transitorio, fracción I, inciso a), de su Ley Orgánica, otorgó a V1 una pensión por jubilación que hizo retroactiva al 1 de enero de ese año. En septiembre del mismo año, sin mediar notificación o comunicado alguno, suspendió el pago de dicha pensión; lo que motivó a que la víctima, el 9 de diciembre inmediato, presentara una solicitud de regularización de los pagos adeudados al entonces director de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales de dicho Instituto; sin embargo, no recibió respuesta oportuna. Por ello, el 24 de febrero de 2010, la víctima presentó queja ante este organismo nacional.
- 11. Una vez integrado el expediente de queja respectivo y evidenciadas transgresiones a los derechos a la seguridad jurídica, a la legalidad y de petición, en agravio de V1, por actos y omisiones atribuibles a servidores públicos del ISSSTE, este organismo nacional con fundamento en los artículos 119 y 120, de su Reglamento Interno, dirigió una propuesta de conciliación al entonces director general del citado Instituto, en los siguientes términos:

PRIMERA. Se instruya a quien corresponda, a efecto de que a la brevedad se realicen los trámites administrativos respectivos para que a V1, le sea otorgada la concesión de pensión que conforme a derecho le corresponda.

SEGUNDA. Toda vez que la prestación de seguridad social que le fue otorgada a la agraviada y que posteriormente se le canceló, así como los montos de la misma que se le pagaron y de lo cual se le requirió su devolución, derivó de un error administrativo generado por el o las áreas involucradas del propio Instituto, se giren las instrucciones conducentes a fin de que se subsane el mismo sin necesidad de que V1 tenga que efectuar la devolución de

las cantidades cobradas, debiéndose buscar las vías administrativas idóneas a fin de que en su caso la cuantificación y deducción de los montos derivados del pago indebido realizado, se descuenten de la concesión de pensión con que sea beneficiada la agraviada.

TERCERA. Se dé vista al Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, remitiendo toda la documentación relacionada con el presente asunto, con el objeto de que se inicie un procedimiento administrativo de investigación a efecto de determinar la probable responsabilidad administrativa, de los servidores públicos que en su momento otorgaron a la quejosa una concesión de pensión jubilatoria, aplicando el artículo décimo transitorio de la vigente Ley del ISSSTE y no la de por cuenta individual que quedó registrada en el formato requisitado a través de la dependencia en la que laboraba.

12. La propuesta de conciliación emitida, fue aceptada por el ISSSTE a través del oficio No. SG/SAD/0770/11, de 17 de febrero de 2011, suscrito por el entonces subdirector de Atención al Derechohabiente; sin embargo, a la fecha de elaboración del presente documento, ese Instituto no ha enviado las constancias suficientes que permitieran tener por cumplida la conciliación, no obstante los diversos recordatorios y requerimientos que se formularon para tal efecto; amén de manifestar en reiteradas ocasiones, su imposibilidad de dar cumplimiento a la misma a pesar de haberla aceptado.

IV. OBSERVACIONES

13. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2012/5564/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 evidenciar transgresiones a los derechos a la seguridad jurídica, a la legalidad y de petición; así como el incumplimiento del compromiso asumido en la conciliación de mérito, todo ello en agravio de V1, atribuibles a servidores públicos del ISSSTE, en atención a lo siguiente:
14. El 14 de diciembre de 2010, este organismo nacional propuso al entonces encargado de la Dirección General del ISSSTE, conciliar el caso de V1 toda vez que el 25 de junio de 2009, dicho instituto con fundamento en el artículo Décimo Transitorio, fracción I, inciso a), de su Ley Orgánica, le otorgó una pensión por jubilación bajo el expediente No. SP 0847224, retroactiva al 1 de enero de ese año; pero que en septiembre de esa misma anualidad, sin notificación previa alguna le fue suspendida. Ello motivó que el 9 de diciembre de 2009, la víctima solicitara por escrito al entonces director de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales de ese Instituto, la regularización de sus pagos sin que obtuviera respuesta.
15. En el informe No. SP/DPSH/975/2010, de 6 de mayo de 2010, enviado a este organismo nacional y suscrito por AR1, entonces jefa del Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene en el Trabajo de la Delegación Regional Oriente del ISSSTE en el Distrito Federal, manifestó que el 20 de marzo de 2009, V1 había solicitado al Departamento a su cargo, una Pensión Directa en términos del Artículo Décimo Transitorio de la Ley del ISSSTE. El 13 de mayo de ese año, dicho instituto determinó otorgarle la pensión por jubilación solicitada bajo el expediente No. SP 0847224; así como el pago de la cantidad de \$99,269.52 pesos, por concepto de liquidación de primer pago.
16. AR1 en el oficio señalado, informó que la suspensión del pago de la pensión referida, había obedecido a que el 4 de agosto de 2009, la víctima se había presentado a solicitar una pensión de las denominadas "por cuenta individual"; la cual, según lo señaló, no era posible otorgarle debido a que anteriormente ya se le había entregado otra pensión en términos de lo dispuesto en el artículo Décimo Transitorio; y que en consecuencia, lo que procedía era rea-

lizar un cambio para lo cual era necesario que V1 reintegrara las cantidades liquidadas que a esa fecha ascendían a \$136,020.00 pesos, correspondientes a los meses de enero a agosto de 2009. AR1 agregó que hasta esa fecha, V1 no había cubierto el adeudo que tenía con el ISSSTE, y que por ello, aún no se le había concedido el beneficio que eligió el 4 de agosto de 2009.

17. De lo expuesto, esta Comisión Nacional en la propuesta de conciliación citada, evidenció que a V1 le fue suspendido el pago de su pensión a partir de septiembre de 2009 y que el ISSSTE no acreditó que el 4 de agosto de ese año, la víctima hubiera solicitado precisamente una pensión por cuenta individual; por el contrario, con informes posteriores, se advirtió que dicha circunstancia manifestada por AR1, resultaba inexacta y que sólo constituyó un argumento para justificar la suspensión del pago de la pensión a la víctima.
18. Ahora bien, del informe emitido por AR1, destacó el citatorio de 3 de mayo de 2010. Ello en virtud de que con éste se advirtió que el primer contacto que personal del ISSSTE tuvo con la víctima desde que presentó su inconformidad el 9 de diciembre de 2009, a AR2, entonces director de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales del ISSSTE, transcurrieron más de cinco meses. Fue hasta el 31 de mayo, que mediante oficio No. SP/DPSH/1187/2010 suscrito por AR1, entonces jefa del Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene en el Trabajo de la Delegación Regional Oriente de ese Instituto, dio contestación transgrediendo así su derecho a recibir una respuesta puntual, debidamente fundada y motivada, de conformidad con el artículo 8, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
19. Sobre el particular, sirvió de apoyo y reforzamiento a tales criterios la tesis aislada, emitida por el Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, publicada en el *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, octava época, tomo XIII, febrero de 1993, página 390, con el rubro: PETICIÓN. DERECHO DE. CONCEPTO DE BREVE TÉRMINO. En el que se establece que en ningún caso, el acuerdo que recaiga a una petición deberá exceder de cuatro meses.
20. Ahora bien, es importante mencionar que no pasó desapercibido para este organismo nacional, el hecho de que en la información enviada por el ISSSTE, se observaron diversas irregularidades consistentes en las circunstancias argumentadas para justificar la suspensión del pago de la pensión a V1.
21. En este orden de ideas, AR1, entonces jefa del Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene en el Trabajo, realizó manifestaciones inexactas, concretamente, al señalar que la suspensión del pago de la pensión de V1, había obedecido a que no obstante habersele otorgado la pensión jubilatoria, en términos del artículo Décimo Transitorio, fracción I, inciso a), el 4 de agosto de 2009 la víctima acudió a solicitar una pensión por cuenta individual, y que para acceder a ese beneficio debería cubrir el adeudo que tenía con el Instituto por la suma de \$136,020.00 pesos; debiendo resaltar que en ningún momento antes del 31 de mayo de 2010, se hubiera prevenido a V1 de tal circunstancia, no obstante que la supuesta solicitud de pensión por cuenta individual la realizó desde el 4 de agosto de 2009.
22. A mayor abundamiento, esta Comisión Nacional recibió el informe No. SP/02579/2010, de 24 de mayo de 2010, suscrito por AR3, subdirector de Pensiones del ISSSTE, en el que informó que "erróneamente" se otorgó a V1 la concesión de pensión por jubilación bajo el régimen Décimo Transitorio, puesto que la víctima durante el proceso de elección optó por la modalidad de "régimen ordinario", adjuntando el documento de elección.
23. Este organismo nacional a través del informe del entonces subdirector de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, se allegó del oficio No. SP/DPSH/1734/2010, de 10 de agosto de 2010, suscrito por AR1, jefa del Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene en el Trabajo de la Delegación Regional Oriente de ese Instituto en el Distrito Federal, en el cual señaló que dejaba constancia de que V1 había elegido su pensión de conformidad con el Reglamento para el Ejercicio del Derecho de Opción que tienen los Trabajadores de conformidad con los Artículos Quinto y Séptimo Transitorios del Decreto por el que se expide la Ley del Instituto

de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado el 14 de diciembre de 2007, en el *Diario Oficial de la Federación*, haciendo énfasis en que, el artículo 3 del mencionado reglamento disponía que la elección que realizaran los trabajadores sería definitiva, irrenunciable y no podría modificarse.

24. En suma, de lo expuesto en los párrafos anteriores, la Comisión Nacional en su propuesta de conciliación, advirtió con relación al caso de V1: 1) Falta de probidad de AR1, en la rendición de los informes remitidos; 2) Que el ISSSTE admitió que derivado de un error se le había otorgado a V1 la concesión de pensión por jubilación en términos de lo dispuesto en el artículo Décimo Transitorio, fracción I, inciso a), siendo que en el proceso de elección optó por la acreditación de los Bonos de Pensión en Cuentas Individuales.
25. 3) Que al percatarse del error cometido se suspendió el pago de la pensión a V1; 4) No se acreditó que se le haya comunicado a V1, de manera fundada y motivada, las causas reales por las cuales le fue suspendido el pago de su pensión; 5) Que derivado de la actividad administrativa irregular y del equívoco en que incurrió el personal del ISSSTE, a V1 se le colocó en un plano de "deudora" ante ese Instituto; y 6) Que al recibir la víctima el último pago de la pensión (agosto de 2009), se requirió la devolución de \$136,020.00 pesos, hasta ocho meses después, para estar en posibilidad de tramitar la pensión que eligió.
26. En ese contexto, fue que la Comisión Nacional observó que las irregularidades administrativas atribuibles a personal del ISSSTE, causaron un agravio a la víctima, quien sin tener la obligación jurídica de soportarlo, fue colocada en calidad deudora ante dicho Instituto, bajo la exigencia de que en caso de que no efectuara un pago por \$136,020.00 pesos, no se daría trámite a la pensión que le correspondía, haciendo nugatorio su derecho y omitiendo el contenido del artículo 45, párrafo segundo de la Ley de ese Instituto, el cual lo obliga a pagar el 100% del último sueldo básico del solicitante que estuviere separado definitivamente del servicio, en tanto se continúa y concluye el trámite para el otorgamiento de su pensión y de que se finquen las responsabilidades en que hubieren incurrido los servidores públicos del Instituto u otras instancias que con su indebido actuar indujeron o produjeron el error en el otorgamiento de la pensión jubilatoria a la víctima.
27. Por ello, en la propuesta de conciliación de mérito, este organismo nacional con la finalidad de combatir la actividad administrativa irregular, hizo patente la necesidad de reconocer los derechos a la seguridad jurídica y a la legalidad que tiene todo gobernado y que puede hacer valer ante cualquier agravio ocasionado por el Estado, y que en el caso concreto, personal del ISSSTE, con sus actos y omisiones contrarios a la administración pública los vulneró perjudicando a V1, dejando de observar además, los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones.
28. Además, es importante destacar como ya se mencionó que AR3, subdirector de Pensiones del ISSSTE, reconoció que existió un error inimputable a V1 con respecto a la concesión de su pensión por jubilación, por lo que este organismo nacional solicitó al mencionado Instituto que el pago de lo indebido ahora atribuido a la víctima se subsanara sin necesidad de que ésta devolviera en un solo pago toda la cantidad que le fue solicitada y de la cual probablemente ya dispuso, y que por ello se buscaran otras vías administrativas para que la cuantificación y deducción de los montos derivados del pago indebido, se fueran descontando de la concesión de pensión con que V1 fuera beneficiada.
29. Al respecto, el artículo 51 de la Ley del ISSSTE establece que es nula toda enajenación, cesión o gravamen de las pensiones previstas en la misma, indicando que las pensiones devengadas o futuras son inembargables y sólo serán afectadas para hacer efectiva la obligación de alimentos o exigir adeudos con el Instituto con motivo de la aplicación de su Ley; en tal sentido, escapó a toda lógica jurídica el hecho de que los servidores públicos del Instituto, involucrados en el error o irregularidad cometidos, pretendieran atribuirle el carácter de "deudora" a la víctima y además, condicionaran el trámite de su pensión a la devolución de la cantidad de dinero que se le entregó como pago por la pensión jubilatoria de los meses de enero a agosto de 2009,

máxime que V1 en ningún momento adquirió una deuda con el Instituto con motivo de la aplicación de la Ley, es decir, bajo la hipótesis de una prestación o un servicio otorgado por el Instituto, por lo cual no tenía por qué verse afectada.

30. En ese contexto, esta Comisión Nacional, observó que era urgente que el ISSSTE proveyera lo necesario para que a la víctima se le resolviera de manera inmediata lo concerniente a la pensión que le corresponde, en el entendido que la misma se otorgara sin condicionamiento alguno, puesto que quedó probado que sin obligación jurídica de soportarlo, sufrió un grave perjuicio como consecuencia de la actividad administrativa irregular de servidores públicos de ese Instituto, y que desde luego se agravó más ante la exigencia a la que se ha hecho referencia en este documento.
31. Por lo expuesto, esta Comisión Nacional reitera lo señalado en la propuesta de conciliación emitida el 14 de diciembre de 2010, en el sentido de que personal del ISSSTE, vulneró los derechos a la seguridad jurídica, a la legalidad y de petición en agravio de V1, contenidos en los artículos 8, 14, párrafo segundo y 16, párrafo primero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1 del Código de Conducta para Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley; 11.3 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y 12 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.
32. De la misma manera, los servidores públicos del ISSSTE, incurrieron en un probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en los artículos 7 y 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, que disponen la obligación de éstos 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, atendiendo a los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen en el mismo.
33. Ahora bien, respecto del incumplimiento de la conciliación por parte del ISSSTE, es importante precisar que mediante oficio No. SG/SAD/0770/11, de 17 de febrero de 2011, suscrito por el entonces subdirector de Atención al Derechohabiente, se informó a esta Comisión Nacional que se aceptaba la mencionada propuesta en todos sus términos. Por ello, y a fin de dar seguimiento a las acciones implementadas para el cumplimiento se realizaron diversos requerimientos de información y diligencias respectivas.
34. A través del oficio No. SG/SAD/5054/11, de 18 de julio de 2011, el entonces subdirector de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, remitió el diverso No. SP/04309/2011, de 6 de ese mismo mes y año, suscrito por AR3, subdirector de Pensiones de ese Instituto, por el cual se instruyó al delegado Regional en la Zona Oriente, que se diera continuidad al trámite de la solicitud de pensión por cuenta individual de V1, así como, que se resolviera de manera inmediata y conforme a derecho, en el entendido de que, de resultar procedente su otorgamiento se hiciera sin condicionamiento alguno.
35. Asimismo, se giraron instrucciones a fin de que V1 acudiera a ese Instituto, con el objeto de informarla respecto de la situación que guardaba su caso y se le requiriera el pago del adeudo correspondiente, celebrando para ello, un convenio en el que se estipulara que el adeudo sería cubierto en una sola exhibición o bien varias mensualidades que nunca podrían ser inferiores al tiempo durante el cual la víctima recibió el pago indebido de la pensión.
36. Con relación al tercer punto de la conciliación, mediante el oficio No. SG/SAD/JSCDQR/339/12, de 11 de enero de 2012, el jefe de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolso del ISSSTE, remitió el diverso No. OIC/TAQ/00/637/909/2011, de 12 de octubre de 2011, en el que la titular del Área de Quejas del Órgano Interno de Control en ese Instituto, informó que con motivo de la vista que se dio en torno al caso, se inició el Procedimiento Administrativo No.1.
37. Así las cosas, y ante la falta de evidencias que permitieran acreditar el cumplimiento a la conciliación dirigida por esta Comisión Nacional al entonces encargado de la Dirección General

del ISSSTE, el 2 de marzo de 2012 se celebró una reunión con el jefe de Servicios de la Coordinación Ejecutiva de ese Instituto, en la que se le manifestaron los alcances de las respuestas remitidas y sobre la necesidad de que se cumpliera en su totalidad la multicitada propuesta de conciliación; situación por la que el citado servidor público señaló que se comprometía a acordarlo y que informaría su determinación el 9 del mismo mes y año.

38. Sin embargo, respecto del primero y segundo punto conciliatorio, el jefe de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolso del ISSSTE, a través del oficio No. SG/SAD/JSCDQR/1410/12, de 14 de marzo de 2012, remitió el diverso No. SP/770/2012, de 14 de febrero del mismo año, en el que el subdelegado de Prestaciones de la Delegación Regional Oriente de ese Instituto precisó que V1 actuó de manera dolosa al señalar que elegía el régimen del artículo Décimo Transitorio, siendo que con antelación, optó por el régimen de cuenta individual, por lo que se estaba en espera de que cubriera el adeudo para otorgarle la pensión, pues de lo contrario el sistema institucional no admitiría el ingreso de nuevos datos relativos a la pensión por cuenta individual.
39. De igual manera, en dicho informe, el subdelegado de Prestaciones de la Delegación Regional Oriente del ISSSTE, señaló que se encontraba pendiente la opinión autorizada del subdirector de Pensiones de dicho Instituto, relativa a la implementación de mecanismos para que V1 cubriera el adeudo que tenía con el Instituto.
40. Además, a través del oficio No. SG/SAD/JSCDQR-4402/12 de 31 de julio de 2012, el jefe de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolso del ISSSTE, anexó el oficio No. OIC/AQ/NTE-OTE/DF/723/2012, de 18 de junio de esa anualidad, en el que el titular del Área de Quejas Zona Norte-Oriente del Órgano Interno de Control en ese Instituto, informó que en el Procedimiento Administrativo No. 1 había sido concluido, en virtud de que no se encontraron elementos de los cuales se desprendieran infracciones al artículo 8 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, por parte de personal adscrito a la Delegación Regional Oriente del ISSSTE; no obstante, indicó que se dio vista al Área de Quejas, por lo que hacía a la actuación de AR2, director de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales.
41. Ahora bien, no obstante los múltiples esfuerzos de este organismo nacional para que el ISSSTE cumpliera con el compromiso asumido, al no obtenerse una respuesta positiva por parte de ese Instituto, de conformidad con el artículo 121, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se acordó la reapertura del caso, iniciándose el expediente CNDH/1/2012/5564/Q.
42. Por lo anterior, y en atención a la solicitud de informes de este organismo nacional, mediante el oficio No. SG/SAD/JSCDQR-6416/12, de 17 de septiembre de 2012 (sic), el jefe de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolso del ISSSTE, envió el diverso No. SP/3832/2012, de 16 de octubre de ese año, suscrito por el subdelegado de Prestaciones de la Delegación Regional Oriente de ese Instituto, en el que en términos generales insistió en que V1 debería regresar al Instituto la cantidad de \$136,000.00 pesos, para estar en posibilidad de dar curso a la pensión de bono de cuenta individual que eligió; y que no existía cuerpo normativo que facultara a servidor público alguno de ese Instituto a realizar lo estipulado en el segundo punto de la conciliación.
43. En este contexto, para esta Comisión Nacional, los servidores públicos del ISSSTE, con su desinterés, evidenciaron una falta de colaboración y compromiso con el sistema de protección no jurisdiccional de los derechos humanos, impidiendo que se protegiera, en este caso a V1 contra actos ilegales, así como que se respetaran y preservaran sus derechos, máxime que el artículo 55, fracción XXIII, del Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, establece que son funciones de la Secretaría General recibir, procesar, encauzar y dar seguimiento hasta su solución, a las recomendaciones y conciliaciones que emita este organismo nacional respecto al otorgamiento de seguros, prestaciones y servicios.

44. 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.
45. Por ello, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como 6, fracción III; y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existieron elementos de convicción suficientes para que este organismo nacional en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, a fin de que las consideraciones vertidas en el presente documento se tomen en cuenta en la investigación que se está llevando a cabo dentro del expediente que se inició por parte de esa instancia.
46. 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. Se instruya a quien corresponda, a efecto de que a la brevedad se realicen los trámites administrativos respectivos para que a V1, le sea otorgada la pensión que conforme a derecho corresponda, y envíe a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Toda vez que la prestación de seguridad social que le fue otorgada a V1 y que posteriormente se le canceló, así como los montos de la misma que se le pagaron y de lo cual se le requirió su devolución, derivó de un error administrativo generado por el o las áreas involucradas del propio Instituto, se giren las instrucciones conducentes a fin de que se subsane el mismo sin necesidad de que ésta tenga que efectuar la devolución de las cantidades cobradas en una sola exhibición, debiéndose buscar las vías administrativas idóneas para que en su caso la cuantificación y deducción de los montos derivados del pago indebido realizado, se descuenten de la concesión de pensión con que ésta sea beneficiada, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Girar sus instrucciones a quien corresponda, para que se diseñen e impartan programas integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, dirigido a servidores públicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a fin de que las tareas que realizan en el marco de sus atribuciones, se ajusten a la legalidad y respeto a los derechos humanos, y envíe a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Girar sus instrucciones a quien corresponda, a fin de que los servidores públicos de ese Instituto cumplan en tiempo y forma las propuestas de conciliación que le sean enviadas,

y de esta forma evitar dilaciones innecesarias que redunden en perjuicio de las víctimas y de sus derechos humanos, y remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Colaborar ampliamente con esta Comisión Nacional en el trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno del Control en ese Instituto, en contra de los servidores públicos que intervinieron en los hechos, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

47. La presente recomendación, de acuerdo a lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.
48. 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.
49. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se les 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, de lo contrario dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.
50. Cuando las recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X y 46, tercer párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

El Presidente
Dr. Raúl Plascencia Villanueva

BIBLIOTECA

GACETA 275 • JUNIO/2013 • CNDH

Nuevas adquisiciones del Centro de Documentación y Biblioteca

■ LIBROS

- ANGIER, Natalie, *Mujer: una geografía íntima*. Barcelona, Paidós, 2011, 445 pp. (Paidós Contextos, 206)
305.42 / A588m / 28519
NUM. CAP.: 1928128519
- BAUMAN, Zygmunt, *Miedo líquido: la sociedad contemporánea y sus temores*. Barcelona, Paidós, 2010, 231 pp. (Paidós Estado y Sociedad, 146)
303.4 / B346m / 28520
NUM. CAP.: 19282 28520
- BELLO REGUERA, Gabriel, *Ética y emigración: humanizar y deshumanizar*. Madrid, Plaza y Valdés, 2011, 347 pp. (Colección: DILEMATA. Ética, Filosofía y Asuntos Públicos)
325.1 / B476e / 28544
NUM. CAP.: 19306 28544
- BOLADERAS, Margarita, ed., *Bioética: la toma de decisiones*. Cànoves i Samalús. [Barcelona], Proteus, 2011, 619 pp.
174.2 / B666 / 28550
NUM. CAP.: 19312 28550
- CEA D'ANCONA, Ma. Ángeles [y] Miguel S. Valles Martínez, *Evolución del racismo y la xenofobia en España [Informe 2010]*. Madrid, Ministerio de Trabajo e Inmigración, Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones, Observatorio Español del Racismo y la Xenofobia, 2010, 389 pp. Tab., cuad., gráf., + 1 CD-ROM
320.56 / C368e / 28511
NUM. CAP.: 19273 28511
- CHIHUAHUA (ESTADO). COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DE CHIHUAHUA, *Informe anual 2011*. Chihuahua, Comisión Estatal de Derechos Humanos de Chihuahua, 2012, 129 pp. Graf., cuad., fot.
350.917216 / C52i / 2011 / 28690
NUM. CAP.: 19394 28690
- CHIVITE, María José, María Beatriz Hernández y María Eugenia Monzón, eds., *Frontera y género: en los límites de la multidisciplinariedad*. Madrid, Plaza y Valdés Editores, Gobierno de Canarias, Instituto Canario de Igualdad, 2011, 440 pp. (Calíope: Colección Iberoamericana de Estudios de Género y Teoría Feminista, 1)
305.4 / F892 / 28545
NUM. CAP.: 19307 28545
- COAHUILA (ESTADO). COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE COAHUILA, *Segundo informe de actividades 2011*. [s. l.], Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila, [2011?], 101 pp. Fot., graf., cuad.
350.917214 / C554s / 2011 / 28692
NUM. CAP.: 19396 28692
- DIEGO, Enrique de, *¡Indignaos con razón!* Madrid, Rambla Media Ediciones, 2011, 62 pp.
335 / D696i / 28552
NUM. CAP.: 19314 28552
- DIO BLEICHMAR, Emilce, coord., *Mujeres tratando a mujeres: con mirada de género*. Barcelona, Ediciones Octaedro, 2011, 237 pp. (Colección Con Vivencias, 9)
305.42 / D734m / 28516
NUM. CAP.: 19278 28516
- EAGLETON, Terry, *Por qué Marx tenía razón*. Barcelona, Ediciones Península, 2011, 250 pp. (Atalaya, 439)
335.4 / E11p / 28535
NUM. CAP.: 19297 28535
- EGUIZÁBAL, Raúl, *El estado del malestar: capitalismo tecnológico y poder sentimental*. Barcelona, Ediciones Península, 2011, 274 pp. (Atalaya, 419)
330.122 / E32e / 28536
NUM. CAP.: 19298 28536
- ELIADE, Mircea, *Historia de las creencias y las ideas religiosas*. Barcelona, Paidós, 2011. (Paidós Orientalia, 64)
209 / E39h / 28521
NUM. CAP.: 19283 28521, (II)
- ESPAÑA. MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN, *Informe sobre el trabajo en el mundo 2010: ¿De una crisis a la siguiente?* Madrid, Ministerio de Trabajo e Inmigración, Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones, 2011, 205 pp. Tab., cuad., gráf. (Colección Informes OIT, 98)
344.01 / E86i / 28512
NUM. CAP.: 19274 28512
- FERNÁNDEZ MARTÍN, Mauricio, *Terrorismo e información: la batalla por la libertad de expresión*. Oleiros, La Coruña, Netbiblo, 2011, xix, 199 pp. Il., fot. (Colección Villanueva Estudios de Comunicación)
303.62 / F386t / 28514
NUM. CAP.: 19276 28514

- FRANZÉ, Javier y Joaquín Abellán, eds., *Política y verdad*. Madrid, Plaza y Valdés Editores, 2011, 230 pp. (Colección: DILEMATA. Ética, Filosofía y Asuntos Públicos)
111.83 / P688 / 28546
NUM. CAP.: 19308 28546
- FROMM, Erich, *Sobre la desobediencia*. Barcelona, Paidós, 2011, 206 pp. (Nueva Biblioteca Erich Fromm)
218 / F816s / 28522
NUM. CAP.: 19284 28522
- GALLAR, Manuel, *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. 4a. ed., Madrid, Thomson-Paraninfo, 2006, xv, 501 pp. Cuad., tab., gráf.
346.033 / G172p / 28534
NUM. CAP.: 19296 28534
- GARCÍA GUTIÉRREZ, Antonio, *Pensar en la transcultura*. Madrid, Plaza y Valdés Editores, 2011, 189 pp. (Colección Estudios de Comunicación)
306 / G248p / 28547
NUM. CAP.: 19309 28547
- GARRIDO, Vicente, *La no proliferación y el desarme en perspectiva histórica*. [Bilbao], Universidad del País Vasco, 2011, 41 pp. (Colección de Estudios Internacionales, 7)
341.733 / G284n / 28526
NUM. CAP.: 19288 28526
- GONZÁLEZ PORTILLA, Manuel, José María Beascoechea Gangoiti, Karnele Zarraga Sangroniz, eds., *Procesos de transición, cambio e innovación en la ciudad contemporánea*. [Bilbao], Universidad del País Vasco, 2011, 701 pp. Fot., tab., cuad., gráf. (Historia de la Población, 8)
307.76 / P942 / 28527
NUM. CAP.: 19289 28527
- GUANAJUATO (ESTADO). PROCURADURÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE GUANAJUATO, *Decimoctavo informe de actividades: enero-diciembre 2011*. [Guanajuato], Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, [2012?], 300 pp. Tab., graf.
350.917241 / G858d / 2011 / 28691
NUM. CAP.: 19395 28691
- INNERARITY, Daniel, *La democracia del conocimiento: por una sociedad inteligente*. Barcelona, Paidós, 2011, 256 pp. (Paidós Estado y Sociedad)
306.4 / I55d / 28523
NUM. CAP.: 19285 28523
- , *La humanidad amenazada: gobernar los riesgos globales*. Barcelona, Paidós, 2011, 332 pp. (Paidós Estado y Sociedad, 184)
364.14 / H96 / 28524
NUM. CAP.: 19286 28524
- JOLLIEN, Alexandre, *El oficio de ser hombre*. Barcelona, Ediciones Octaedro, 2011, 94 pp. (Colección Con Vivencias, 8)
128 / J69o / 28517
NUM. CAP.: 19279 28517
- LÓPEZ ROMO, Raúl, *Años en claroscuro: nuevos movimientos sociales y democratización en Euskadi (1975-1980)*. [Bilbao], Universidad del País Vasco, 2011, 313 pp. (Serie de Historia Contemporánea, 38)
322.44 / L818a / 28528
NUM. CAP.: 19290 28528
- LÓPEZ SÁNCHEZ, Félix, Eugenio Carpintero Raimúndez, Amaia del Campo Sánchez, Susana Lázaro Visa [y] Sonia Soriano Rubio, *Intervención educativa y terapéutica: Programa Menores Infractores*. Madrid, Pirámide, 2011, 340 pp. Tab., cuad., gráf. + 1 CD-ROM (Colección "Ojos Solares". Sección: Programas)
362.7042 / L818i / 28542
NUM. CAP.: 19363 28542
- LOSURDO, Domenico, *La cultura de la no violencia: una historia alejada del mito*. Barcelona, Ediciones Península, 2011, 347 pp. (Atalaya, 434)
303.62 / L828c / 28537
NUM. CAP.: 19299 28537
- MARTÍN-RETORTILLO BAQUER, Lorenzo, *Estudios sobre libertad religiosa*. Madrid, Reus, 2011, 285 pp. (Colección Jurídica General. Estudios)
291.1772 / M358e / 28553
NUM. CAP.: 19315 28553
- MARTÍNEZ-CALCERRADA, Luis, *La familia en la sociedad española actual (machismo, homosexualidad, matrimonio y aborto)*. Madrid, Ediciones Pigmalión, 2011, 272 pp. (Lex et Iustitia)
346.016 / M362f / 28541
NUM. CAP.: 19303 28541
- MARTÍNEZ MILLÁN, José [y] Carlos Javier de Carlos Morales, *Religión, política y tolerancia en la Europa moderna*. Madrid, Ediciones Polifemo, 2011, 382 pp. (Colección La Corte en Europa, 6)
320.55 / M362r / 28549
NUM. CAP.: 19311 28549
- MERKEL, Adolfo, *Enciclopedia jurídica*. Madrid, Reus, 2009, 606 pp. (Colección Clásicos del Derecho)
C340.03 / M558e / 28554
NUM. CAP.: 19316 28554
- MICHOACÁN (ESTADO). COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS DE MICHOACÁN, *Primer informe de actividades: 2011-2012*. Morelia, Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Michoacán, [2012?], 103 pp. Cuad., fot.
350.917237 / M594p / 2011-2012 / 28689
NUM. CAP.: 19393 28689
- MUMFORD, Lewis, *El pentágono del poder: el mito de la máquima*. Logroño (La Rioja, España), Pepitas de Calabaza, 2011, 799 pp. Il.
303.44 / M958p / 28540
NUM. CAP.: 19302 28540
- ORDEÑANA GEZURAGA, Ixusko, coord., *Víctimas en distintos ámbitos del derecho = Biktimak Zuzenbidearen Arlo Desberdinetan*. [Bilbao], Universidad del País Vasco, 2011, 293 pp.
3662.88 / O58v / 28529
NUM. CAP.: 19291 28529
- REGÁS, Rosa, *La desgracia de ser mujer*. Badalona (Barcelona), Now Books, 2011, 117 pp. (Colección Now Rosa Regás)
305.42 / R328d / 28515
NUM. CAP.: 19277 28515
- RIUS I RUICH, Montserrat, Núria Beà Torras, Cesarina Ontiveros Suárez, María José Ruiz Ramos [y] Eulàlia Torras de Beà, *Adopción e identidades: cultura y raza en la integración familiar y social*. Barcelona, Ediciones Octaedro, 2011, 159p., (Colección Con Vivencias, 10)
346.017 / R584a / 28518
NUM. CAP.: 19280 28518

SÁNCHEZ ALCÓN, José María, *Pensamiento libre para personas con discapacidad intelectual: Programa Pienso, Luego Soy Uno Más*. Madrid, Ediciones Pirámide, 2011, 215 pp. Tab., cuad. + 1 CD-ROM, (Colección "Ojos Solares". Sección: Programas)

362.4 / S336p / 28543

NUM. CAP.: 19305 28543

SCARLATTI, Paolo, *Democracia y teoría de la legitimación en la experiencia de la integración europea: contribución a una crítica del constitucionalismo multinivel*. [Bilbao], Universidad del País Vasco, 2011, 159 pp. (Colección de Derecho, 32)

342.02 / S532d / 28530

NUM. CAP.: 19292 28530

SERRANO, Pascual, *Contra la neutralidad: tras los pasos de John Reed, Ryszard Kapuscinski, Rodolfo Walsh, Edgar Snow y Robert Capa*. Barcelona, Ediciones Península, 2011, 271 pp. (Atalaya, 438)

070.1 / S634c / 28538

NUM. CAP.: 19300 28538

SERRANO-NIZA, Dolores, ed., *¿Visibles o invisibles?: mujeres migrantes, culturas y sociedades*. Madrid, Plaza y Valdés Editores, 2011, 198 pp. (Calíope: Colección Iberoamericana de Estudios de Género y Teoría Feminista, 2)

305.4 / V85 / 28548

NUM. CAP.: 19310 28548

SINALOA (ESTADO). COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS DE SINALOA, *Cuarto informe de actividades marzo 2011-diciembre 2011*. Culiacán, Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, [2011?], 494 p. Tab., graf., fot.

350.917232 / S738c / 2011 / 28687

NUM. CAP.: 19391 28687

SIURANA, Juan Carlos, *Los consejos de los filósofos. Una introducción a la historia de la ética*. Cànoves i Samalús [Barcelona], Proteus, 2011, 347 pp. (Colección Siglo XXI. Ética Actual)

109 / S752c / 28551

NUM. CAP.: 19313 28551

SOROETA LICERAS, Juan, ed., *Conflictos y protección de derechos humanos en el orden internacional*. [Bilbao], Universidad del País Vasco, [2015?], 470 pp. Map. (Colección de Derecho, 22)

341.481 / C656 / 28531

NUM. CAP.: 19293 28531

_____, *La eficacia del derecho internacional de los derechos humanos*. [Bilbao], Universidad del País Vasco, 2011, 284 pp. (Colección de Derecho, 34)

323.4 / E27 / 28533

NUM. CAP.: 19295 28533

_____, *Los derechos humanos de la mujer*. [Bilbao], Universidad del País Vasco, 2007, 206 pp. (Colección de Derecho, 27)

305.4 / D548 / 28532

NUM. CAP.: 19294 28532

TOURAINE, Alain, *Después de la crisis: por un futuro sin marginación*. Barcelona, Paidós, 2011, 176 pp. (Paidós Estado y Sociedad, 183)

339.46 / T728d / 28525

NUM. CAP.: 19287 28525

VEIGA, Francisco y Andrés Mourenza, coords., *El retorno de Eurasia, 1991-2011: veinte años del nuevo gran espacio geoestratégico que abrió paso al siglo XXI*. Barcelona, Ediciones Península, 2012, 491 pp. (Atalaya, 449)

327 / V42r / 28539

NUM. CAP.: 19301 28539

YOUNG, Iris Marion, *Responsabilidad por la justicia*. A Coruña, Fundación Paideia Galiza, Ediciones Morata, 2011, 205 pp. (Colección "Educación Crítica", W)

342.008 / Y95r / 28513

NUM. CAP.: 19275 28513

ZACATECAS (ESTADO). COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE ZACATECAS, *Primer informe de actividades: 2010-2011*. Zacatecas, Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, [2011?], 224 p. Graf., tab.

350.917243 / Z14p / 2010-2011 / 28688

NUM. CAP.: 19392 28688

■ REVISTAS

AGUILAR LÓPEZ, Miguel Ángel, "Falta de conciencia de la anti-juridicidad por vulnerabilidad de la mujer", *Iter Criminis. Revista de Ciencias Penales*. México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, (8), septiembre-octubre, 2012, pp. 11-22.

CNDH: 23257

ALCÁNTARA, Eva, "Identidad sexual / rol de género", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (47), abril, 2013, pp. 172-201.

CNDH: 23291

AMNISTÍA INTERNACIONAL, "Combatiendo la exclusión: por qué los derechos humanos son esenciales para los ODM", *Sur. Revista Internacional de Derechos Humanos*. Brasil, Red Universitaria de Derechos Humanos, (12), junio, 2010, pp. 57-81 (CD).

CNDH: 23242

ARCE ARCE, Gerardo Alberto, "Fuerzas Armadas, Comisión de la Verdad y justicia transicional en Perú", *Sur. Revista Internacional de Derechos Humanos*. Brasil, Red Universitaria de Derechos Humanos, (13), diciembre, 2010, pp. 27-49 (CD).

CNDH: 23250

ARGENTE VILLARREAL, Arturo D., "Breve análisis de las acciones colectivas en México", *Jurípolis. Revista de Derecho y Política*. México, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Ciudad de México, 2(14), noviembre, 2012, pp. 125-138.

CNDH: 23307

ARGENTINA. SUPREMA CORTE DE JUSTICIA, "Imprescriptibilidad de los delitos lesa humanidad", *Diálogo Jurisprudencial*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Corte Interamericana de Derechos Humanos, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Fundación Konrad Adenauer, (1), julio-diciembre, 2006, pp. 181-197.

CNDH: 23279

_____, "Invalidez jurídica de las normas sobre amnistías respecto de violaciones a los derechos humanos", *Diálogo Jurisprudencial*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Corte Interamericana de Derechos

Humanos, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Fundación Konrad Adenauer, (1), julio-diciembre, 2006, pp. 255-273.

CNDH: 23281

_____, "Obligatoriedad de las normas internacionales de derechos humanos en el sistema de fuentes del ordenamiento jurídico", *Diálogo Jurisprudencial*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Corte Interamericana de Derechos Humanos, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Fundación Konrad Adenauer, (1), julio-diciembre, 2006, pp. 1-24.

CNDH: 23272

BARBADOS. SUPREMA CORTE DE JUSTICIA, "Importancia de los sistemas internacionales de protección de derechos humanos en la toma de decisiones por las autoridades internas: los casos de pena de muerte obligatoria", *Diálogo Jurisprudencial*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Corte Interamericana de Derechos Humanos, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Fundación Konrad Adenauer, (1), julio-diciembre, 2006, pp. 199-253.

CNDH: 23280

BASCH, Fernando, Leonardo Filippini, Ana Laya [y otros], "La efectividad del sistema interamericano de protección de derechos humanos: un enfoque cuantitativo sobre su funcionamiento y sobre el cumplimiento de sus decisiones", *Sur. Revista Internacional de Derechos Humanos*. Brasil, Red Universitaria de Derechos Humanos, (12), junio, 2010, pp. 9-35 (CD).

CNDH: 23240

BERBEL, Sara, "Género y pobreza: ¿es posible romper ese binomio?", *Políticas Sociales en Europa*. Barcelona, Editorial Hacer, Asociación para la Promoción e Inserción Profesional, Service Social dans le Monde, (29), marzo, 2011, pp. 139-146.

CNDH: 23271

BESSE, Juan y Catalina Trebisacce, "Feminismo, peronismo. Escrituras, militancias y figuras arcaicas de la poscolonialidad en dos revistas argentinas", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (47), abril, 2013, pp. 237-264.

CNDH: 23293

BILCHITZ, David, "El Marco Ruggie: ¿una propuesta adecuada para las obligaciones de derechos humanos de las empresas?", *Sur. Revista Internacional de Derechos Humanos*. Brasil, Red Universitaria de Derechos Humanos, (12), junio, 2010, pp. 209-241 (CD).

CNDH: 23248

BOLIVIA. TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, "Aplicación de las normas y jurisprudencia interamericanas de derechos humanos: el principio de unidad de la jurisdicción y la limitación de los alcances de la jurisdicción militar", *Diálogo Jurisprudencial*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Corte Interamericana de Derechos Humanos, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Fundación Konrad Adenauer, (1), julio-diciembre, 2006, pp. 165-180.

CNDH: 23278

BOURNE, Richard, "Commonwealth of Nations: estrategias intergubernamentales y no gubernamentales para la protección de los derechos humanos en una institución postcolonial", *Sur. Revista Internacional de Derechos Humanos*.

Brasil, Red Universitaria de Derechos Humanos, (12), junio, 2010, pp. 37-55 (CD).

CNDH: 23241

BUTLER, Judith, "Hacerle justicia a alguien: la reasignación de sexo y las alegorías de la transexualidad", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (47), abril, 2013, pp. 3-21.

CNDH: 23282

CABRAL, Mauro y Gabriel Benzur, "Cuando digo *intersex*. Un diálogo introductorio a la intersexualidad", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (47), abril, 2013, pp. 31-47.

CNDH: 23284

CARREÓN PEREA, Manuel Jorge, "Alcances de la reforma constitucional en materia de derechos humanos", *Iter Criminis. Revista de Ciencias Penales*. México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, (8), septiembre-octubre, 2012, pp. 23-47.

CNDH: 23258

CENTRO DE DERECHOS HUMANOS DE LA MONTAÑA TLACHINOLLAN, "Los retos en la defensa de los derechos humanos de los pueblos indígenas", *Dfensor. Revista de Derechos Humanos*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (2), febrero, 2013, pp. 23-27.

CNDH: 23297

CHASE, Cheryl, "Hermafroditas con actitud: cartografiando la emergencia del activismo político intersexual", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (47), abril, 2013, pp. 48-75.

CNDH: 23285

CHAVES, José Ricardo, "De andróginos y ginandros", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (47), abril, 2013, pp. 122-136.

CNDH: 23289

CISNEROS DE ALENCAR, Antonio M., "Cooperación entre los sistemas de derechos humanos universal e interamericano dentro del marco del Mecanismo de Examen Periódico Universal", *Sur. Revista Internacional de Derechos Humanos*. Brasil, Red Universitaria de Derechos Humanos, (13), diciembre, 2010, pp. 177-191 (CD).

CNDH: 23256

COENEN, Marie-Thérèse, "Introducir el género en la formación inicial de los trabajadores sociales: una necesidad", *Políticas Sociales en Europa*. Barcelona, Editorial Hacer, Asociación para la Promoción e Inserción Profesional, Service Social dans le Monde, (29), marzo, 2011, pp. 103-117.

CNDH: 23269

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL, "Los derechos de la víctima en la acción de revisión de la sentencia penal y los límites de la cosa juzgada y el Principio *Non Bis In Idem*", *Diálogo Jurisprudencial*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Corte Interamericana de Derechos Humanos, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Fundación Konrad Adenauer, (1), julio-diciembre, 2006, pp. 91-134.

CNDH: 23275

CORNET, Annie, "Los servicios sociales desde la perspectiva del género", *Políticas Sociales en Europa*. Barcelona, Editorial Hacer, Asociación para la Promoción e Inserción

- Profesional, *Service Social dans le Monde*, (29), marzo, 2011, pp. 11-30.
CNDH: 23264
- COSTA RICA. CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, "Las opiniones consultivas como fuentes en el sistema normativo de Costa Rica: la libertad de expresión y la colegiación profesional obligatoria de periodistas", *Diálogo Jurisprudencial*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Corte Interamericana de Derechos Humanos, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Fundación Konrad Adenauer, (1), julio-diciembre, 2006, pp. 25-40.
CNDH: 23273
- DESLAURIERS, Jean-Martin, "Paternidades excluidas y la formación en trabajo social", *Políticas Sociales en Europa*. Barcelona, Editorial Hacer, Asociación para la Promoción e Inserción Profesional, *Service Social dans le Monde*, (29), marzo, 2011, pp. 73-87.
CNDH: 23267
- DÍAZ SARABIA, Epifanio, "Repensar los derechos indígenas en la ciudad de México", *Dfensor. Revista de Derechos Humanos*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (2), febrero, 2013, pp. 12-16.
CNDH: 23295
- EL SALVADOR. CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, "El derecho internacional de derechos humanos y su vinculación axiológica con la Constitución", *Diálogo Jurisprudencial*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Corte Interamericana de Derechos Humanos, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Fundación Konrad Adenauer, (1), julio-diciembre, 2006, pp. 151-163.
CNDH: 23277
- FERRER, Josefina María, Jacqueline Richter, Carlos Simón Bello y Héctor Briceño, "La actuación policial en el procesamiento de las faltas penales", *Iter Criminis. Revista de Ciencias Penales*. México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, (8), septiembre-octubre, 2012, pp. 49-102.
CNDH: 23259
- FUSULIER, Bernard, Diane-Gabrielle Tremblay [y] Martine Di Loreto, "Conciliar empleo y familia en el trabajo social en Quebec: ¿una diferencia de género? Algunos elementos para responder", *Políticas Sociales en Europa*. Barcelona, Editorial Hacer, Asociación para la Promoción e Inserción Profesional, *Service Social dans le Monde*, (29), marzo, 2011, pp. 55-71.
CNDH: 23266
- GALIANO HONORES, Roberto y Karen Oba Segama, "El derecho al desarrollo y la pobreza de los pueblos indígenas en Perú", *Dfensor. Revista de Derechos Humanos*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (2), febrero, 2013, pp. 58-64.
CNDH: 23298
- GARCÍA SILVA, Gerardo [y] Rogelio Flores, "El control de convencionalidad en materia penal", *Juripolis. Revista de Derecho y Política*. México, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Ciudad de México, (2), noviembre, 2012, pp. 39-74.
CNDH: 23304
- GIL ORDÓÑEZ, Omar Eduardo y Miguel Ángel Pedraza Jaimes, "Los derechos de las víctimas en el proceso acusatorio colombiano: un enfoque jurisprudencial", *Iter Criminis. Revista de Ciencias Penales*. México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, (8), septiembre-octubre, 2012, pp. 103-135.
CNDH: 23260
- GONZÁLEZ, Felipe, "Las medidas urgentes en el sistema interamericano de derechos humanos", *Sur. Revista Internacional de Derechos Humanos*. Brasil, Red Universitaria de Derechos Humanos, (13), diciembre, 2010, pp. 51-73 (CD).
CNDH: 23251
- GORBACH, Frida, "La imagen de una hermafrodita, siglo XIX", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (47), abril, 2013, pp. 93-107.
CNDH: 23287
- GUTIÉRREZ CONTRERAS, Juan Carlos y Silvano Cantú Martínez, "La restricción a la jurisdicción militar en los sistemas internacionales de protección de los derechos humanos", *Sur. Revista Internacional de Derechos Humanos*. Brasil, Red Universitaria de Derechos Humanos, (13), diciembre, 2010, pp. 75-97 (CD).
CNDH: 23252
- HERLA, Roger, "Trabajo social, violencia conyugal y multicultural", *Políticas Sociales en Europa*. Barcelona, Editorial Hacer, Asociación para la Promoción e Inserción Profesional, *Service Social dans le Monde*, (29), marzo, 2011, pp. 31-44.
CNDH: 23265
- HERNÁNDEZ-ROMO VALENCIA, Pablo, "Comentarios respecto a la Ley Federal de Justicia para Adolescentes", *Iter Criminis. Revista de Ciencias Penales*. México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, (8), septiembre-octubre, 2012, pp. 137-156.
CNDH: 23261
- HERRERÍAS CUEVAS, Ignacio F., "Sentencias que han marcado un nuevo paradigma en el control de convencionalidad", *Juripolis. Revista de Derecho y Política*. México, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Ciudad de México, (2), noviembre, 2012, pp. 17-36.
CNDH: 23303
- ÍMAZ GISPERT, Mireya, Ana Beristain Aguirre, Daniela Delgadillo Jiménez y Miguel Villegas Ortega, "Derechos humanos y ambiente: poderoso binomio del desarrollo sustentable", *Dfensor. Revista de Derechos Humanos*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (3), marzo, 2013, pp. 24-29.
CNDH: 23301
- KILLANDER, Magnus, "Interpretación de los tratados regionales de derechos humanos", *Sur. Revista Internacional de Derechos Humanos*. Brasil, Red Universitaria de Derechos Humanos, (13), diciembre, 2010, pp. 149-175 (CD).
CNDH: 23255
- KNUTSON, Lindiwe, "¿Es el derecho de las víctimas de apartheid a reclamar indemnizaciones de corporaciones multinacionales finalmente reconocido por los tribunales de los EE. UU.?", *Sur. Revista Internacional de Derechos Humanos*. Brasil, Red Universitaria de Derechos Humanos, (12), junio, 2010, pp. 181-207 (CD).
CNDH: 23247
- LOEZA CORTÉS, Norma Lorena, Ana Luisa Neiro Monroy e Iván Ricardo Pérez Vitela, "Discriminación y pueblos in-

dígenas en la ciudad de México", *Dfensor. Revista de Derechos Humanos*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (2), febrero, 2013, pp. 6-11.

CNDH: 23294

LONG, Debra y Lukas Muntingh, "El Relator Especial sobre prisiones y condiciones de detención en África y el Comité para la Prevención de la Tortura en África: ¿potencial para la sinergia o la inercia?", *Sur. Revista Internacional de Derechos Humanos*. Brasil, Red Universitaria de Derechos Humanos, (13), diciembre, 2010, pp. 99-119 (CD).

CNDH: 23253

LÓPEZ BETANCOURT, Eduardo y Roberto Carlos Fonseca Luján, "Legalidad y discrecionalidad en materia de justicia penal", *Iter Criminis. Revista de Ciencias Penales*. México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, (8), septiembre-octubre, 2012, pp. 157-181.

CNDH: 23262

MALDONADO, Leopoldo y Simón Hernández León, "El caso de Hugo Sánchez y los pueblos indígenas frente al derecho penal diferenciado", *Dfensor. Revista de Derechos Humanos*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (2), febrero, 2013, pp. 17-22.

CNDH: 23296

MEZAROBBA, Glenda, "Entre reparaciones, medias verdades e impunidad: la difícil ruptura con el legado de la dictadura en Brasil", *Sur. Revista Internacional de Derechos Humanos*. Brasil, Red Universitaria de Derechos Humanos, (13), diciembre, 2010, pp. 7-25 (CD).

CNDH: 23249

MOCTEZUMA BARRAGÁN, Pablo, "Vulnerabilidad del derecho a la ciudad y de los derechos humanos en la actualidad", *Dfensor. Revista de Derechos Humanos*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (3), marzo, 2013, pp. 17-23.

CNDH: 23300

MODAK, Marianne y Morgane Kuehni, "Los estudios de género en las carreras sanitarias y de trabajo social de las HES de Suiza: estudio con profesores e investigadores", *Políticas Sociales en Europa*. Barcelona, Editorial Hacer, Asociación para la Promoción e Inserción Profesional, Service Social dans le Monde, (29), marzo, 2011, pp. 119-130.

CNDH: 23270

MONÁRREZ FRAGOSO, Julia E., "Cuidad Juárez, tiradero nacional de muertos: entre el discurso del guerrero y el caballero", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (47), abril, 2013, pp. 205-234.

CNDH: 23292

MORENO, Hortensia, "¿Quién le teme a Caster Semenya?", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (47), abril, 2013, pp. 108-121.

CNDH: 23288

NKATHA MURUNGI, Lucyline y Jacqui Gallinetti, "El papel de los Tribunales Subregionales en el sistema africano de derechos humanos", *Sur. Revista Internacional de Derechos Humanos*. Brasil, Red Universitaria de Derechos Humanos, (13), diciembre, 2010, pp. 121-147 (CD).

CNDH: 23254

ORELLANA, Marcos A., "Cambio climático y los ODM: el derecho al desarrollo, cooperación internacional y el mecanismo de desarrollo limpio", *Sur. Revista Internacional de*

Derechos Humanos. Brasil, Red Universitaria de Derechos Humanos, (12), junio, 2010, pp. 153-179 (CD).

CNDH: 23246

ORTIZ FLORES, Enrique, "Hacia el reconocimiento e implementación del derecho a la ciudad: perspectivas y retos", *Dfensor. Revista de Derechos Humanos*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (3), marzo, 2013, pp. 6-12.

CNDH: 23299

PARENT, Claudine, Marie-Cristine Saint-Jacques, Madeleine Beaudry et al., "Incluir a los padrastreros en la intervención: un desafío", *Políticas Sociales en Europa*. Barcelona, Editorial Hacer, Asociación para la Promoción e Inserción Profesional, Service Social dans le Monde, (29), marzo, 2011, pp. 89-101.

CNDH: 23268

PERÚ. TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, "El sistema normativo y jurisprudencial internacional en derechos humanos y su valor en la interpretación de los derechos constitucionales: el derecho a la verdad", *Diálogo Jurisprudencial*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Corte Interamericana de Derechos Humanos, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Fundación Konrad Adenauer, (1), julio-diciembre, 2006, pp. 135-149.

CNDH: 23276

_____, "Límites sustantivos y procesales en la legislación antiterrorista", *Diálogo Jurisprudencial*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Corte Interamericana de Derechos Humanos, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Fundación Konrad Adenauer, (1), julio-diciembre, 2006, pp. 51-89.

CNDH: 23274

RAMÍREZ VILLAECSUSA, Rafael, "La economía del delito y de las penas", *Iter Criminis. Revista de Ciencias Penales*. México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, (8), septiembre-octubre, 2012, pp. 183-200.

CNDH: 23263

REPÚBLICA DOMINICANA. SUPREMA CORTE DE JUSTICIA, "Creación jurisprudencial del recurso de amparo para la protección de los derechos humanos", *Diálogo Jurisprudencial*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Corte Interamericana de Derechos Humanos, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Fundación Konrad Adenauer, (1), julio-diciembre, 2006, pp. 41-50.

CNDH: 23308

RODRÍGUEZ SANTIBÁÑEZ, Iliana [y] Soren Serralde Ramírez, "El derecho fundamental de tributar: breves consideraciones de la necesidad de la declaratoria general de inconstitucionalidad en materia tributaria", *Jurípolis. Revista de Derecho y Política*. México, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Ciudad de México, 2(14), noviembre, 2012, pp. 155-179.

CNDH: 23309

SANDRINE MACHADO, Paula, "En los límites del género. Apuntes para una discusión acerca del sexo y el género ante los desafíos de la diversidad sexual", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (47), abril, 2013, pp. 22-30.

CNDH: 23283

SIGMOND, Karen B., "Free Trade Agreements and the Environment: NAFTA as a Starting Point", *Jurípolis. Revista de Derecho y Política*. México, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Ciudad de México, 2(14), noviembre, 2012, pp. 103-123.

CNDH: 23306

STEFANELLI, Stefania, "Nombre de pila y apellido en derecho comunitario", *Jurípolis. Revista de Derecho y Política*. México, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Ciudad de México, 2(14), noviembre, 2012, pp. 77-100.

CNDH: 23305

STEPHENS, Manuel, "Palabra hermafrodita", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (47), abril, 2013, pp. 137-171.

CNDH: 23290

TAULI-CORPUZ, Victoria, "Reflexiones sobre el papel del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas en relación con los ODM", *Sur. Revista Internacional de Derechos Humanos*. Brasil, Red Universitaria de Derechos Humanos, (12), junio, 2010, pp. 83-97 (CD).

CNDH: 23243

TOVAR, Diana Patricia, "Desarrollo jurisprudencial de la intersexualidad: consentimiento informado, infancia y derechos", *Debate Feminista*. México, Metis, Productos Culturales, (47), abril, 2013, pp. 76-92.

CNDH: 23286

YAMIN, Alicia Ely, "Hacia una rendición de cuentas transformadora: aplicando un enfoque de derechos humanos para satisfacer las obligaciones en relación a la salud materna", *Sur. Revista Internacional de Derechos Humanos*. Brasil, Red Universitaria de Derechos Humanos, (12), junio, 2010, pp. 99-127 (CD).

CNDH: 23244

ZAIDI, Sarah, "Objetivo 6 de Desarrollo del Milenio y el derecho a la salud: ¿conflictivos o complementarios?", *Sur. Revista Internacional de Derechos Humanos*. Brasil, Red Universitaria de Derechos Humanos, (12), junio, 2010, pp. 129-151 (CD).

CNDH: 23245

ZAMBRANO, Luis, "¿Cómo lograr un ecosistema urbano saludable?", *Dfensor. Revista de Derechos Humanos*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (3), marzo, 2013, pp. 58-62.

CNDH: 23302

■ DISCOS COMPACTOS

Auschwitz: los nazis y "la solución final". México, Pantalla Producciones Internacionales, 2006, 3 DVD (100 min. cada una): col.

CD / PC / 321 / 28593-95

NUM. CAP.: 19348 28593-28595, (I-III)

Biutiful. México, Distrimax, 2011, 1 CD-ROM (146 min.): col.

CD / PC / 291 / 28556

NUM. CAP.: 19318 28556

Buda explotó de vergüenza. México, Mundo en DVD, [s. a.], 1 DVD (81 min.): col.

CD / PC / 331 / 28605

NUM. CAP.: 19358 28605

Camino a la libertad. México, Quality Films, 2012, 1 DVD (133 min.): col.

CD / PC / 323 / 28597

NUM. CAP.: 19350 28597

Capitalismo: una historia de amor. México, Paramount Pictures, 2010, 1 CD-ROM (127 min.): col.

CD / PC / 293 / 28558

NUM. CAP.: 19320 28558

Cartas al cielo. México, Quality Films, 2012, 2 DVD (114 min.): col.

CD / PC / 314 / 28585-86

NUM. CAP.: 19341 28585-28586 (I-II)

Ciudad de dios. México, Zima Entertainment, [s. a.], 1 CD-ROM (87 min.): col.

CD / PC / 297 / 28562

NUM. CAP.: 19324 28562

Cometas en el cielo. México, DreamWorks Home Entertainment, 2008, 1 CD-ROM (128 min.): col.

CD / PC / 296 / 28561

NUM. CAP.: 19323 28561

4 meses, 3 semanas y 2 días. México, Zima Entertainment, [s. a.], 1 DVD (113 min.): col.

CD / PC / 334 / 28608

NUM. CAP.: 19361 28608

Darfur ahora: seis historias. Una esperanza. México, Warner Bros. Entertainment, 2008, 1 CD-ROM (98 min.): col.

CD / PC / 298 / 28563

NUM. CAP.: 19325 28563

Dawson isla 10. Chile, Santiago Cinematográfica, 2010, 1 DVD (112 min.): col.

CD / PC / 335 / 28609

NUM. CAP.: 19362 28609

Ecos que permanecen. México, Quality Films, 2009, 1 DVD (62 min.): col. (Colección de Moriah Films de Simon Wiesenthal Center; Colección el Holocausto, I)

CD / PC / 320 / 28592

NUM. CAP.: 19347 28592

El amor en tiempos de odio. México, Zima Entertainment, [s. a.], 1 CD-ROM (118 min.): col.

CD / PC / 290 / 28555

NUM. CAP.: 19317 28555

El color de los olivos: una historia de la vida cotidiana en Palestina. México, Ensenada Films, 2008, 1 CD-ROM (97 min.): col.

CD / PC / 295 / 28560

NUM. CAP.: 19322 28560

El gran debate. México, Quality Films, 2011, 1 DVD (126 min.): col.

CD / PC / 317 / 28589

NUM. CAP.: 19344 28589

El juicio de Dios. México, En Pantalla Producciones Internacionales, 2011, 1 DVD (90 min.): col.

CD / PC / 304 / 28575

NUM. CAP.: 19331 28575

El paraíso ahora. México, Séptimo Arte, 2006, 1 DVD (90 min.): col.

CD / PC / 311 / 28582

NUM. CAP.: 19338 28582

El tiempo que nos queda. México, Zima Entertainment, [s. a.], 1 DVD (109 min.): col.

CD / PC / 333 / 28607

NUM. CAP.: 19360 28607

- ¿En dónde diablos está Osama? México, Mundo en DVD, [s. a.], 1 DVD (90 min.): col.
CD / PC / 299 / 28564
NUM. CAP.: 19326 28564
- En el hoyo.* México, Quality Films, 2010, 1 DVD (84 min.): col.
CD / PC / 300 / 28565
NUM. CAP.: 19327 28565
- Esperando a "Superman".* México, Paramount Pictures, 2010, 1 DVD (111 min.): col.
CD / PC / 330 / 28604
NUM. CAP.: 19357 28604
- Frontera: migración mexicana a Estados Unidos.* México, Tycoon Entertainment Group, [s. a.], 1 DVD (84 min.): col.
CD / PC / 301 / 28566
NUM. CAP.: 19328 28566
- Hiroshima: una epopeya viva e inolvidable de horror y tragedia.* México, En Pantalla Producciones Internacionales, 2012, 1 DVD (100 min.): col.
CD / PC / 328 / 28602
NUM. CAP.: 19355 28602
- Holocausto: la vida después de.* México, Quality Films, 2011, 4 DVD: col. (Contiene 4 películas: *El largo camino a casa* (120 min.), *Nunca jamás* (75 min.), *Genocidio... el holocausto* (90 min.) y *Nunca te he olvidado* (106 min.)).
CD / PC / 303 / 28571-74
NUM. CAP.: 19330 28571-28574, (I-IV)
- Holocausto: valor, resistencia y supervivencia.* México, Quality Films, 2011, 4 DVD: col., Contiene 4 películas: *El Pianista* (150 min.), *El Ghetto* (110 min.), *Campos de esperanza* (135 min.) y *Música hermosa* (39 min.).
CD / PC / 302 / 28567-70
NUM. CAP.: 19329 28567-28570, (I-IV)
- JALISCO (ESTADO). COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DE JALISCO, *Quinto informe de actividades 2007-2012.* Guadalajara, Jal., Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco, [2012?], 1CD: cuad., gráf., fot.
CD / CEDH/JAL / 1 / 28685
NUM. CAP.: 19389 28685
- La caída: los últimos días de Hitler.* México, Quality Films, [s. a.], 1 CD-ROM (155 min.): col.
CD / PC / 292 / 28557
NUM. CAP.: 19319 28557
- Los cárteles de México: pasado, presente y futuro.* México, Crystal Entertainment, 2007, 1 CD-ROM (90 min.): col.
CD / PC / 294 / 28559
NUM. CAP.: 19321 28559
- Los jóvenes de Buchenwald.* México, Quality Films, 2007, 1 DVD (47 min.): col.
CD / PC / 332 / 28606
NUM. CAP.: 19359 28606
- Los niños del señor Batñol.* México, Zima Entertainment, [s. a.], 1 DVD (100 min.): col.
CD / PC / 308 / 28579
NUM. CAP.: 19335 28579
- Los niños están bien.* México, Zima Entertainment, [s. a.], 1 DVD (106 min.): col.
CD / PC / 313 / 28584
NUM. CAP.: 19340 28584
- Luces al amanecer.* México, Optima Films, [s. a.], 1 DVD (80 min.): col.
CD / PC / 305 / 28576
NUM. CAP.: 19332 28576
- Madre tierra: dale una oportunidad.* México, Spiritual Planet, 2012, 1 DVD (94 min.): col.
CD / PC / 315 / 28587
NUM. CAP.: 19342 28587
- Manderlay.* México, Distrimax, 2007, 1 DVD (137 min.): col.
CD / PC / 306 / 28577
NUM. CAP.: 19333 28577
- Mi vida dentro.* México, Optima Films, [s. a.], 1 DVD (120 min.): col.
CD / PC / 324 / 28598
NUM. CAP.: 19351 28598
- Miss Bala.* México, Twentieth Century Fox Home Entertainment, 2012, 1 DVD (108 min.): col.
CD / PC / 316 / 28588
NUM. CAP.: 19343 28588
- Música hermosa.* México, Quality Films, 2009, 1 DVD (39 min.): col., (Colección de Moriah Films de Simon Wiesenthal Center; Colección el Holocausto; I)
CD / PC / 319 / 28591
NUM. CAP.: 19346 28591
- Nacidos en el burdel.* México, Séptimo Arte Distribución, 2004, 1 DVD (85 min.): col.
CD / PC / 307 / 28578
NUM. CAP.: 19334 28578
- Nunca te he olvidado.* México, Quality Films, 2009, 1 DVD (106 min.): col., (Colección de Moriah Films de Simon Wiesenthal Center; Colección El Holocausto; I)
CD / PC / 318 / 28590
NUM. CAP.: 19345 28590
- Obsesión: el islam radical.* México, Quality Films, 2011, 1 DVD (77 min.): col.
CD / PC / 322 / 28596
NUM. CAP.: 19349 28596
- Olga.* México, Zima Entertainment, [s. a.], 1 DVD (140 min.): col.
CD / PC / 309 / 28580
NUM. CAP.: 19336 28580
- Padre e hijo.* México, Tarántula, 2007, 1 DVD (84 min.): col., (Colección FICCO)
CD / PC / 310 / 28581
NUM. CAP.: 19337 28581
- Planeta Azul. Una historia natural de los océanos.* México, Tyconn Entertainment, 2004, 1 DVD (90 min.): col.
CD / PC / 327 / 28601
NUM. CAP.: 19354 28601
- Planeta Tierra como nunca lo habías visto.* México, Pantalla Producciones Internacionales, 2007, 1 DVD (100 min.): col.
CD / PC / 325 / 28599
NUM. CAP.: 19352 28599
- SAN LUIS POTOSÍ (ESTADO). COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS DE SAN LUIS POTOSÍ, *Tercer informe de actividades 2011.* San Luis Potosí, Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí, [2012?], 1 CD: fot., gráf., tab.
CD / CEDH/SLP / 5 / 28686
NUM. CAP.: 19390 28686
- Señorita extraviada.* México, Zafravideo, [s. a.], 1 DVD (74 min.): col., (Colección de Cine Documental)
CD / PC / 329 / 28603
NUM. CAP.: 19356 28603

Tiempo de vivir. México, Optima Films, [s. a.], 1 DVD (85 min.): col.

CD / PC / 312 / 28583

NUM. CAP.: 19339 28583

Una vida mejor. México, Quality Films, 2012, 1 DVD (97 min.): col.

CD / PC / 326 / 28600

NUM. CAP.: 19353 28600

■ OTROS MATERIALES

(Fotocopias, engargolados, folletos, trípticos, calendarios, hojas sueltas, etc.)

MÉXICO. COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, *El abuso sexual debe ser denunciado. Aguascalientes.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Aguascalientes, Procuraduría General de Justicia del Estado de Aguascalientes, junio, 2012, cuadríptico.

AV / 3155 / 28610-12

NUM. CAP.: 19364 28610-28612, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Baja California.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California, Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California, junio, 2012, cuadríptico.

AV / 3156 / 28613-15

NUM. CAP.: 19365 28613-28615, (ej. 1-3)

MÉXICO. COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, *El abuso sexual debe ser denunciado. Baja California Sur.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión Estatal de Derechos Humanos de Baja California Sur, Procuraduría General de Justicia de Baja California Sur, junio, 2012, cuadríptico.

AV / 3157 / 28616-18

NUM. CAP.: 19366 28616-28618, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Campeche.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche, Procuraduría General de Justicia del Estado de Campeche, junio, 2012, cuadríptico.

AV / 3158 / 28619-21

NUM. CAP.: 19367 28619-28621, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Colima.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión de Derechos Humanos del Estado de Colima, Procuraduría General de Justicia del Estado de Colima, junio, 2012, cuadríptico.

AV / 3159 / 28622-24

NUM. CAP.: 19368 28622-28624, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Chiapas.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez

y la Familia, Consejo Estatal de Derechos Humanos en Chiapas, Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas, junio, 2012, cuadríptico.

AV / 3160 / 28625-27

NUM. CAP.: 19369 28625-28627, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Chihuahua.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión Estatal de Derechos Humanos de Chihuahua, Procuraduría General de Justicia del Estado de Chihuahua, junio, 2012, cuadríptico.

AV / 3161 / 28628-30

NUM. CAP.: 19370 28628-28630, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Coahuila.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila, Procuraduría General de Justicia del Estado de Coahuila, junio, 2012, cuadríptico.

AV / 3162 / 28631-33

NUM. CAP.: 19371 28631-28633, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Distrito Federal.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, junio, 2012, cuadríptico

AV / 3163 / 28634-36

NUM. CAP.: 19372 28634-28636, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Durango.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión de Derechos Humanos del Estado de Durango, Procuraduría General de Justicia del Estado de Durango, junio, 2012, cuadríptico

AV / 3164 / 28637-39

NUM. CAP.: 19373 28637-28639, (ej. 1-3) ;

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Estado de México.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, Procuraduría General de Justicia del Estado de México, junio, 2012, cuadríptico.

AV / 3165 / 28640-42

NUM. CAP.: 19374 28640-28642, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Guanajuato.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, Procuraduría General de Justicia del Estado de Guanajuato, junio, 2012, cuadríptico.

AV / 3166 / 28643-45

NUM. CAP.: 19375 28643-28645, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Guerrero.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión de Defensa de Derechos Humanos del Estado de Guerrero, Procuraduría General de Justicia del Estado de Guerrero, junio, 2012, cuadríptico.

AV / 3167 / 28646-48

NUM. CAP.: 19376 28646-28648, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Hidalgo.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, Procuraduría General de Justicia del Estado de Hidalgo, junio, 2012, cuádrptico.

AV / 3168 / 28649-51

NUM. CAP.: 19377 28649-28651, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Jalisco.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco, Procuraduría General de Justicia del Estado de Jalisco, junio, 2012, cuádrptico.

AV / 3169 / 28652-54

NUM. CAP.: 19378 28652-28654, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Michoacán.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión Estatal de Derechos Humanos de Michoacán, Procuraduría General de Justicia del Estado de Michoacán, junio, 2012, cuádrptico.

AV / 3170 / 28655-57

NUM. CAP.: 19379 28655-28657, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Morelos.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión de Derechos Humanos del Estado de Morelos, Procuraduría General de Justicia del Estado de Morelos, junio, 2012, cuádrptico.

AV / 3171 / 28658-60

NUM. CAP.: 19380 28658-28660, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Nayarit.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión de Defensa de los Derechos Humanos para el Estado de Nayarit, Procuraduría General de Justicia del Estado de Nayarit, junio, 2012, cuádrptico.

AV / 3172 / 28661-63

NUM. CAP.: 19381 28661-28663, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Nuevo León.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León, Procuraduría General de Justicia del Estado de Nuevo León, junio, 2012, cuádrptico.

AV / 3173 / 28664-66

NUM. CAP.: 19382 28664-28666, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Oaxaca.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión Estatal para la Defensa de los Derechos Humanos de Oaxaca, Procuraduría General de Justicia del Estado de Oaxaca, junio, 2012, cuádrptico.

AV / 3174 / 28667-69

NUM. CAP.: 19383 28667-28669, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Puebla.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla, Procuraduría General de Justicia del Estado de Puebla, junio, 2012, cuádrptico.

AV / 3175 / 28670-72

NUM. CAP.: 19384 28670-28672, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Querétaro.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión de Derechos Humanos del Estado de Querétaro, Procuraduría General de Justicia del Estado de Querétaro, junio, 2012, cuádrptico

AV / 3176 / 28673-75

NUM. CAP.: 19385 28673-28675, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Quintana Roo.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión de Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo, Procuraduría General de Justicia del Estado de Quintana Roo, junio, 2012, cuádrptico.

AV / 3177 / 28676-78

NUM. CAP.: 19386 28676-28678, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. San Luis Potosí.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí, Procuraduría General de Justicia del Estado de San Luis Potosí, junio, 2012, cuádrptico.

AV / 3178 / 28679-81

NUM. CAP.: 19387 28679-28681, (ej. 1-3)

_____, *El abuso sexual debe ser denunciado. Sinaloa.* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sinaloa, Procuraduría General de Justicia del Estado de Sinaloa, junio, 2012, cuádrptico.

AV / 3179 / 28682-84

NUM. CAP.: 19388 28682-28684, (ej. 1-3)

**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

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

Tomás Serrano Pérez

Secretario Ejecutivo

Nabor Carrillo Flores

Secretario Técnico del Consejo Consultivo

Oscar Elizundia Treviño

Oficial Mayor

Jesús Eugenio Uriostegui García

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

Javier Sepúlveda Amed