

GACETA

COMISIÓN NACIONAL
DE LOS DERECHOS HUMANOS

300 JULIO 2015



Gaceta

*g*ACETA
COMISIÓN NACIONAL
DE LOS DERECHOS HUMANOS

300 JULIO 2015





Certificado de Licitud de Título y Contenido Núm. 16574, expedido el 29 de septiembre de 2015 por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo Núm. 04-2015-081313140100-109, ISSN: 0188-610X, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Publicación mensual gratuita. Distribuida por el Centro Nacional de Derechos Humanos, Subdirección de Distribución y Comercialización de Publicaciones, Oklahoma 133, colonia Nápoles, Delegación Benito Juárez, C. P. 03810, México, D. F.

Año 25, núm. 300, julio de 2015. Suscripciones: Oklahoma 133, colonia Nápoles, Delegación Benito Juárez, C. P. 03810, México, D. F. Teléfono: 56 69 23 88, ext. 6116.

Coordinación y edición: Eugenio Hurtado Márquez y Ericka Toledo Piñón. Diseño y formación de interiores: Carlos Acevedo R., H. R. Astorga e Irene Vázquez del Mercado. Diseño de portada: Flavio López Alcocer.

Impreso en los talleres de GVG GRUPO GRÁFICO, S. A. DE C. V., Leandro Valle núm. 14-C, colonia Centro, C. P. 06010, Ciudad de México. El tiraje consta de 1,000 ejemplares. Este material fue elaborado con papel certificado por la Sociedad para la Promoción del Manejo Forestal Sostenible, A. C. (Certificación FSC México).

EDITORIAL	7
INFORME MENSUAL	9
ACTIVIDADES DE LA CNDH	49

PRESIDENCIA // 51

PRIMERA VISITADURÍA GENERAL. Programa Especial de VIH/Sida y Derechos Humanos. Impartición de los talleres “Trabajo sexual, VIH y derechos humanos”, en Puebla, Puebla // 52 ♦ **Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia.** Impartición de la conferencia “Prevención y atención de la violencia familiar” en San Luis Potosí, S. L. P. // 53 ♦ Impartición de la conferencia “La Importancia de los Valores en la Vida Cotidiana” en Coahuila, Torreón, Francisco I Madero, Sabinas, Muzquiz, Progreso // 53 ♦ Impartición del curso-taller “Derechos y Obligaciones de los Servidores Públicos” en México, D. F. // 54 ♦ Impartición del curso-taller “Masculinidades” en Acapulco, Guerrero // 54 ♦ Impartición de las conferencias “Los Derechos Humanos en la Infancia. Sembrando Cultura Jurídica” en Torreón Coahuila // 55 ♦ Impartición del taller “Derechos Humanos para Personas Adultas Mayores” en México, D. F. // 55 ♦ Impartición de la conferencia “Los derechos humanos de las niñas, niños, adolescentes, jóvenes, adultos mayores y familia” en Manzanillo, Colima // 55 ♦ Impartición del curso-taller “Prevención y Atención a la Violencia Familiar” en México, D. F. // 56 ♦ Impartición de la conferencia “Derechos Humanos: un asunto de hombres, la Masculinidad” en México, D. F. // 57 ♦ Impartición de la plática “Derechos Humanos y *Bullying*” en México, D. F. // 57 ♦ Impartición del curso-taller “Prevención y Protección de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Maltrato y Conductas Sexuales, así como Obligaciones y Derechos de los Servidores Públicos” en México, D. F. // 58 ♦ Impartición del curso-taller “Alienación Parental” en Guadalajara, Jalisco // 58

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 o Degradantes. Visitas de seguimiento y actividades de vinculación // 59 ♦ Visitas de supervisión penitenciaria para elaboración del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2015 // 59 ♦ Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura // 59 ♦ Visitas de seguimiento y actividades de vinculación // 59 ♦ a) Convenios de colaboración suscritos // 59 ♦ b) Bases del Concurso de diseño de cartel para la prevención de la tortura en instituciones de detención del país // 60 ♦ Visitas de supervisión penitenciaria para la elaboración del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2015 // 60

CUARTA VISITADURÍA GENERAL. Dirección de Promoción y Difusión de Derechos Humanos de los Pueblos y Comunidades Indígenas // 62 ♦ Programa de Protección de los Derechos Humanos

de Indígenas en Reclusión // 63 ♦ Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres // 64

QUINTA VISITADURÍA GENERAL. Programa de Atención a Migrantes. Impartición del taller “Conociendo los derechos humanos en la migración”, en México, D. F. // 64 ♦ **Programa contra la Trata de Personas.** Impartición del taller “Prevención de la trata de personas” en México, D. F. // 64 ♦ Impartición del taller “Actualización jurídica en el delito de trata de personas” en Comitán de Domínguez, Chiapas // 65 ♦ Impartición del taller “Actualización jurídica en el delito de trata de personas” en San Cristóbal de las Casas, Chiapas // 65 ♦ Encuentro Regional contra la Trata de Personas: Avances y perspectivas en México, D. F. // 65

SEXTA VISITADURÍA GENERAL. Impartición de la Conferencia “Impacto jurídico de la reforma constitucional de derechos humanos” // 65 ♦ Realización del Taller “Derechos humanos y medio ambiente” // 65 ♦ Vinculación con instituciones de educación superior y organizaciones de la sociedad civil // 66 ♦ Difusión de materiales de concientización // 66

CENTRO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS // 66

RECOMENDACIONES

71

Recomendación 21/2015. Sobre la violación a los derechos a la intimidad, seguridad jurídica e interés superior del menor en agravio de los alumnos y alumnas del sexto año, de un CE1 // 73 ♦ **Recomendación 22/2015.** Sobre el caso de la muerte de la niña V1, persona en migración no acompañada de nacionalidad ecuatoriana, ocurrida en el albergue A1, en Ciudad Juárez, Chihuahua // 93 ♦ **Recomendación 23/2015.** Sobre el caso de vulneración al derecho a una consulta libre, previa e informada, en perjuicio de diversas comunidades indígenas // 119 ♦ **Recomendación 24/2015.** Sobre el caso de violencia obstétrica e inadecuada atención médica de V1 y la pérdida del producto de la gestación, V2, en el Hospital General de Zona No. 32 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Distrito Federal // 145 ♦ **Recomendación 25/2015.** Sobre el caso de violencia obstétrica e inadecuada atención médica de V1, y la pérdida del producto de la gestación V2, en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 del IMSS en Toluca, Estado de México // 175 ♦ **Recomendación 26/2015.** Sobre el caso de violación de los derechos a la libertad e integridad personal, legalidad y seguridad jurídica de V1 después de purgar las penas de prisión impuestas // 205

CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y BIBLIOTECA

223

30 de julio. Día Mundial contra la Trata de Personas¹

Todos los países deben aunar esfuerzos para superar esta amenaza transnacional apoyando y protegiendo a las víctimas sin dejar de perseguir y enjuiciar a los delincuentes. En el Día Mundial contra la Trata de Personas, tomemos la decisión de actuar de común acuerdo en nombre de la justicia y la dignidad para todos.

Ban Ki-moon, Secretario General de la ONU, 2015

LA TRATA DE PERSONAS es un delito que explota a mujeres, niños y hombres con numerosos propósitos, incluidos el trabajo forzoso y el sexo. La Organización Internacional del Trabajo calcula que casi 21 millones de personas en el mundo son víctimas del trabajo forzoso. En esa cifra se incluye también a las víctimas de trata para la explotación laboral y sexual. Si bien se desconoce cuántas de estas fueron objeto de trata, la cifra implica que en la actualidad hay millones de víctimas en el mundo. Todos los países están afectados por la trata, ya sea como país de origen, tránsito o destino de las víctimas. La esclavitud, tanto en su forma moderna como en la antigua, no es sólo una vergüenza, sino que es “la execrable suma de todas las villanías”, como la definió el abolicionista John Wesley, y no tiene cabida en nuestro mundo.

En 2010, la Asamblea General adoptó un Plan de Acción Mundial para Combatir el Tráfico de Personas, urgiendo a los Gobiernos de todo el mundo a derrotar este flagelo. El Plan llama a integrar la lucha contra la trata en los programas de las Naciones Unidas para el fomento del desarrollo y el refuerzo de la seguridad mundiales. Una provisión crucial del Plan es el establecimiento de un Fondo Voluntario Fiduciario para las víctimas del tráfico, especialmente mujeres y niños.

En 2013, la Asamblea General sostuvo una reunión para evaluar el Plan de Acción Mundial. Los Estados miembros adoptaron la resolución A/RES/68/192 y designaron el 30 de julio como el Día Mundial contra la Trata. En la resolución, se señala que el día es necesario para “concienciar sobre la situación de las víctimas del tráfico humano y para promocionar y proteger sus derechos”.

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

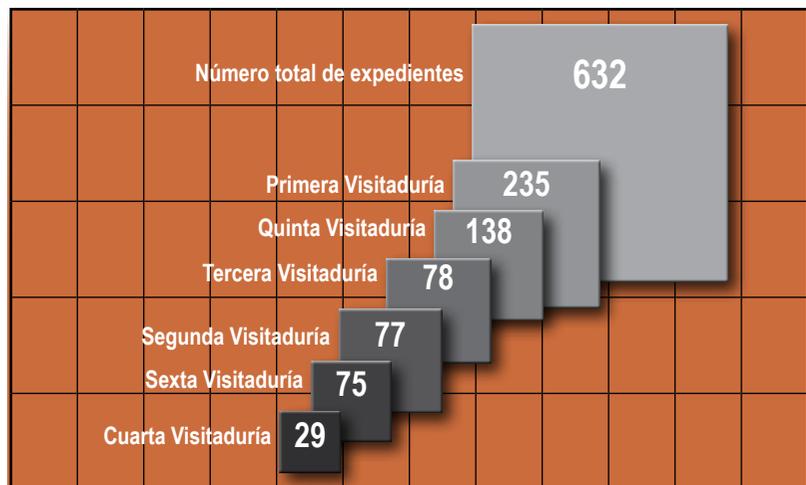


GACETA 300 • JUL • 2015
Comisión Nacional de los Derechos Humanos

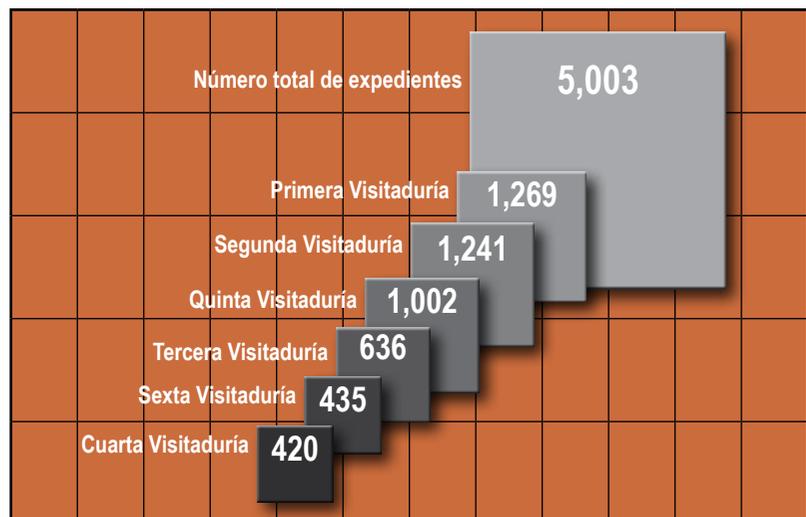


nforme mensual

A. EXPEDIENTES DE QUEJA REGISTRADOS EN EL PERIODO POR VISITADURÍA Y TOTAL

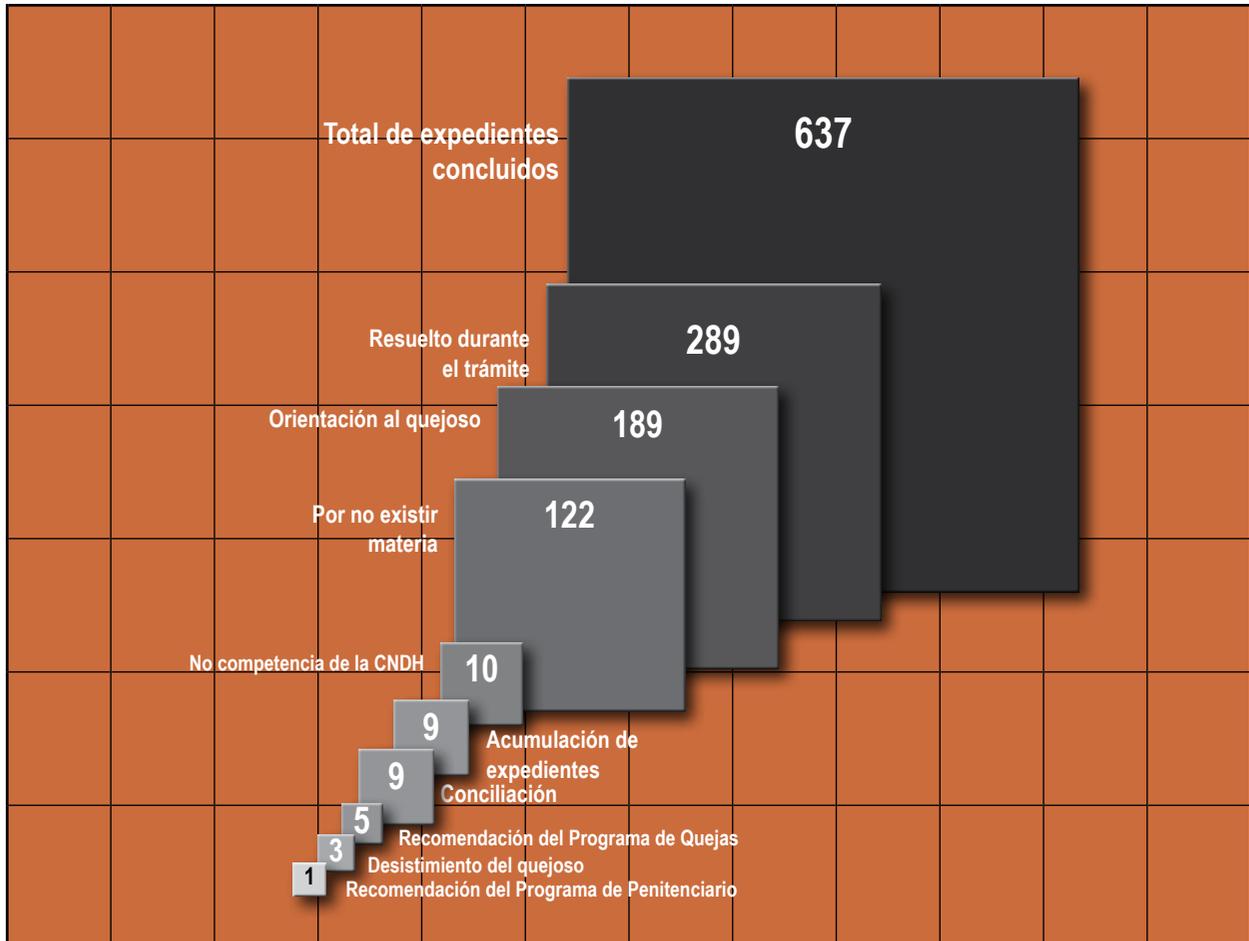


B. EXPEDIENTES DE QUEJA EN TRÁMITE POR VISITADURÍA Y TOTAL



C. TOTAL DE EXPEDIENTES CONCLUIDOS Y POR VISITADURÍA

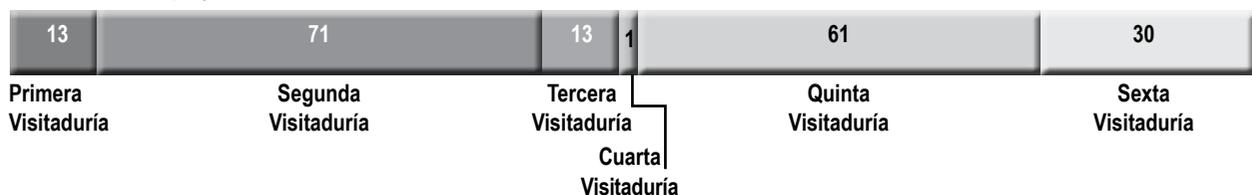
a. Formas de conclusión de expedientes en cada Visitaduría



Resuelto durante el trámite: 289



Orientación al quejoso: 189



Por no existir materia: 122

25	4	36	36	21
Segunda Visitaduría	Tercera Visitaduría	Cuarta Visitaduría	Quinta Visitaduría	Sexta Visitaduría

No competencia de la CNDH: 10

2	4	4
Segunda Visitaduría	Cuarta Visitaduría	Sexta Visitaduría

Acumulación de expedientes: 9

1	1	6	1
Segunda Visitaduría	Tercera Visitaduría	Quinta Visitaduría	Sexta Visitaduría

Conciliación: 9

3	6
Segunda Visitaduría	Tercera Visitaduría

Recomendación del Programa de Quejas: 5

2	1	1	1
Primera Visitaduría	Segunda Visitaduría	Cuarta Visitaduría	Quinta Visitaduría

Desistimiento del quejoso: 3

2	1
Quinta Visitaduría	Sexta Visitaduría

Recomendación del Programa Penitenciario: 1

1
Tercera Visitaduría

b. Situación de los expedientes de queja en trámite



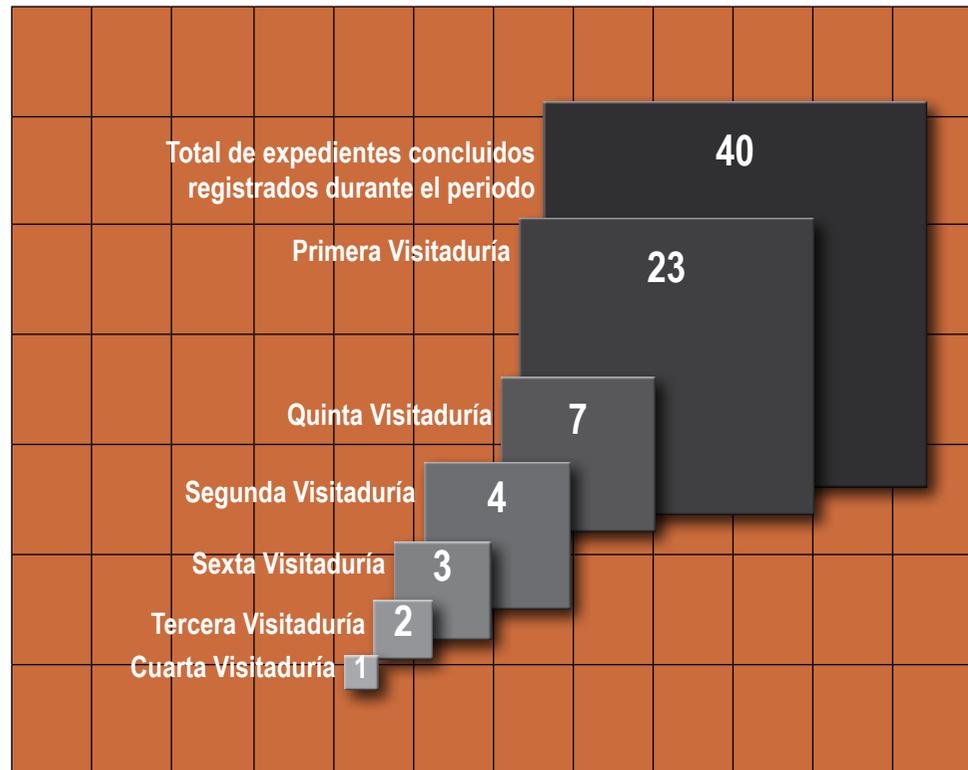
Presunta violación: 4,761



Pendiente de calificación por falta de información del quejoso: 242



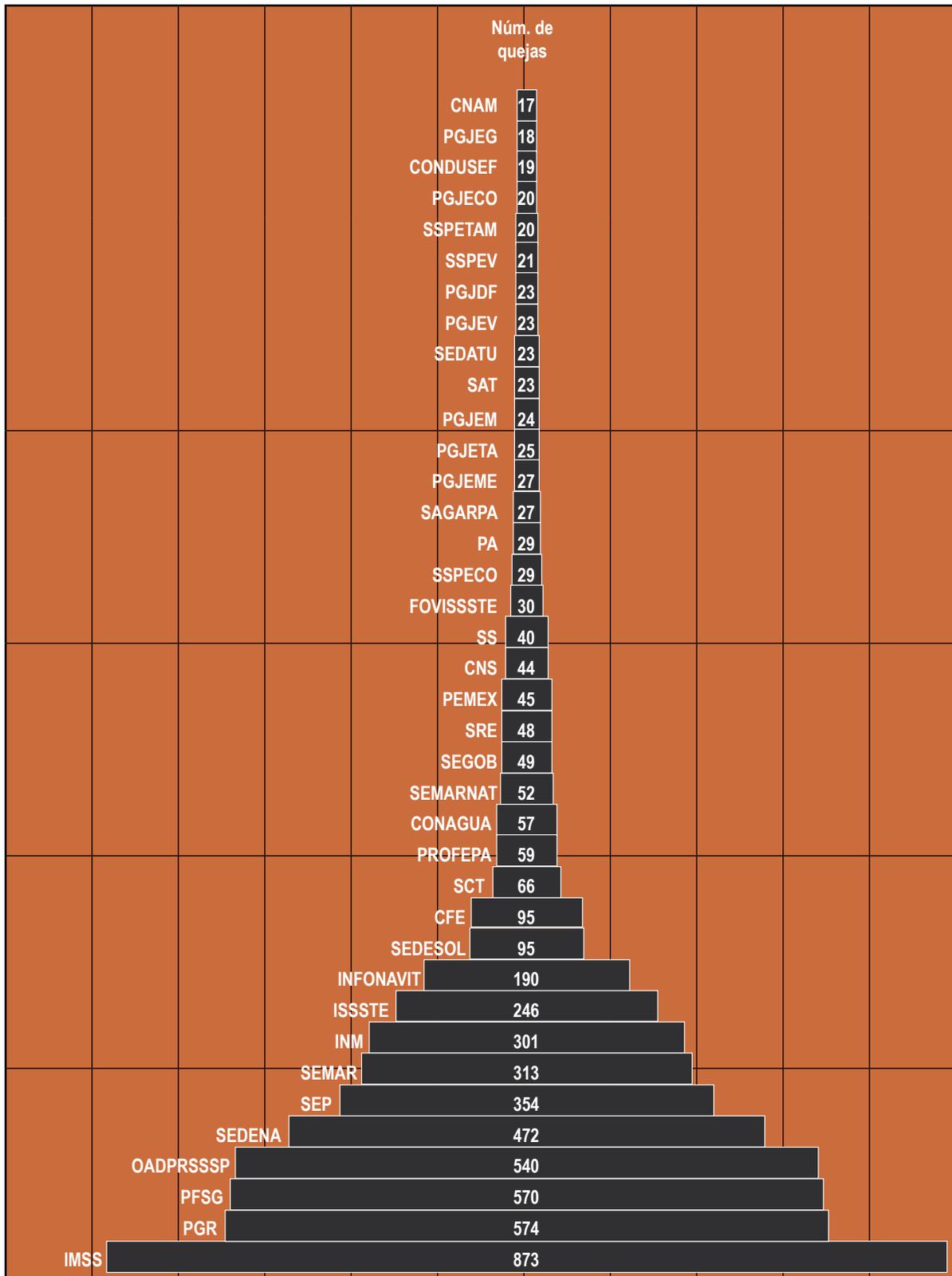
D. EXPEDIENTES DE QUEJA CONCLUIDOS DE LOS REGISTRADOS EN EL PERIODO



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	661	635	26	609
Febrero	653	880	40	840
Marzo	963	1,074	104	970
Abril	838	916	79	837
Mayo	1,012	933	154	779
Junio	976	920	123	797
Julio	632	637	40	597

F. AUTORIDADES SEÑALADAS COMO RESPONSABLES DE VIOLACIONES, RESPECTO DE LAS QUEJAS EN TRÁMITE



Siglas	Autoridad responsable
CFE	Comisión Federal de Electricidad
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CNS	Comisión Nacional de Seguridad
CONAGUA	Comisión Nacional del Agua
CONDUSEF	Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros
FOVISSSTE	Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
INFONAVIT	Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INM	Instituto Nacional de Migración de la Secretaría de Gobernación
OADPRSSSP	Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PFSG	Policía Federal de la Secretaría de Gobernación
PA	Procuraduría Agraria
PROFEPA	Procuraduría Federal de Protección al Ambiente
PGJDF	Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal
PGJECO	Procuraduría General de Justicia del Estado de Coahuila
PGJEG	Procuraduría General de Justicia del Estado de Guerrero
PGJEME	Procuraduría General de Justicia del Estado de México
PGJEM	Procuraduría General de Justicia del Estado de Michoacán
PGJETA	Procuraduría General de Justicia del Estado de Tamaulipas
PGJEV	Procuraduría General de Justicia del Estado de Veracruz
PGR	Procuraduría General de la República
SAGARPA	Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
SCT	Secretaría de Comunicaciones y Transportes
SEDATU	Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEP	Secretaría de Educación Pública
SEGOB	Secretaría de Gobernación
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SEMARNAT	Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
SRE	Secretaría de Relaciones Exteriores
SS	Secretaría de Salud
SSPECO	Secretaría de Seguridad Pública del Estado de Coahuila
SSPETAM	Secretaría de Seguridad Pública del Estado de Tamaulipas
SSPEV	Secretaría de Seguridad Pública del Estado de Veracruz
SAT	Servicio de Administración Tributaria de la SHCP

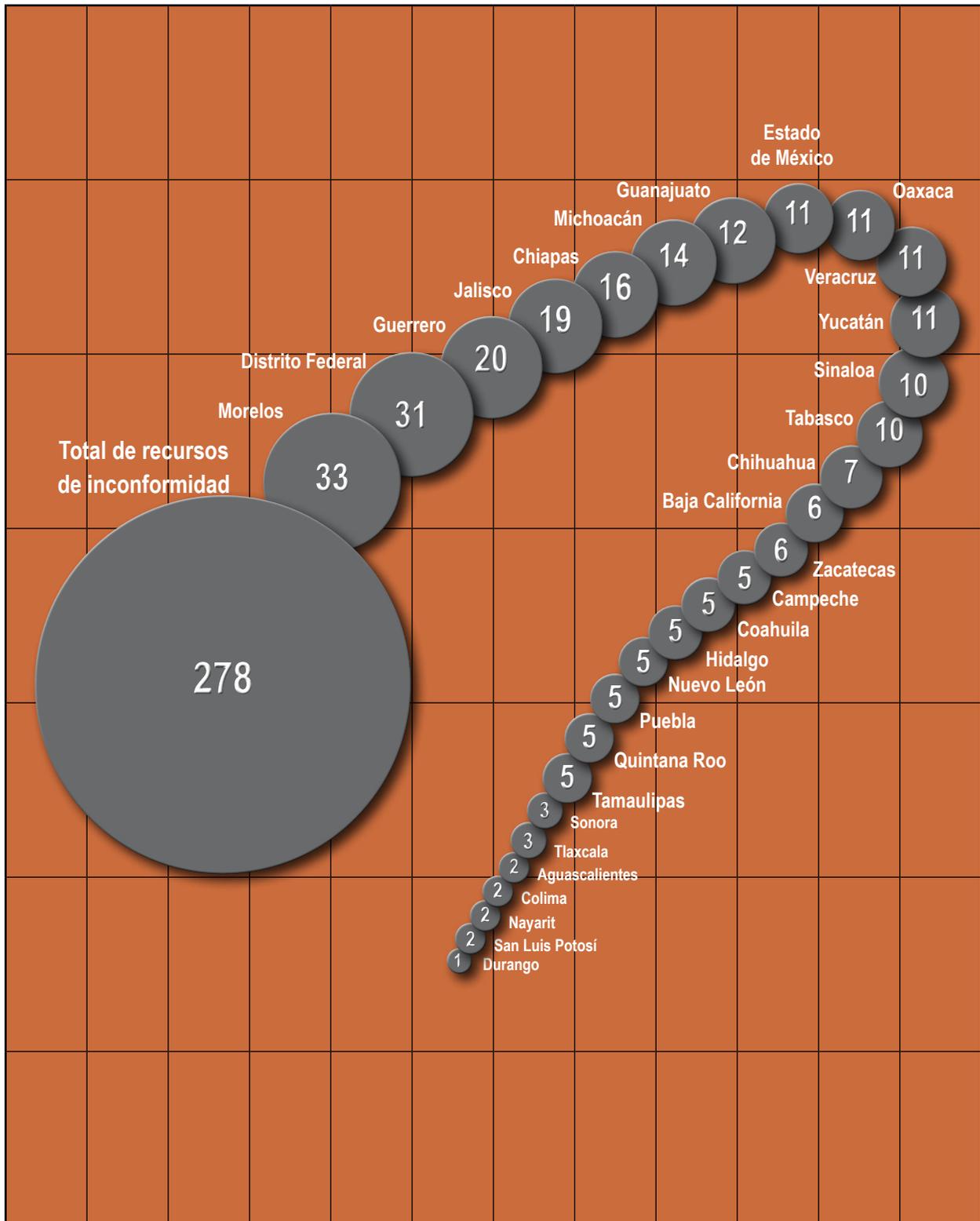
A. EXPEDIENTES DE RECURSOS DE INCONFORMIDAD REGISTRADOS EN EL PERIODO



B. CAUSAS DE CONCLUSIÓN



C. RECURSOS DE INCONFORMIDAD EN TRÁMITE EN CONTRA DE COMISIONES ESTATALES



A. RECOMENDACIONES EMITIDAS DURANTE EL MES

Recomendación núm.	Autoridad	Derecho vulnerado	Motivo de violación	Visitaduría
Programa General de Quejas				
21	Secretaría de Educación Pública	Educación	Prestar indebidamente el servicio de educación.	2a.
22	Gobernador Constitucional del Estado de Chihuahua	Seguridad jurídica	Integrar la averiguación previa de manera irregular o deficiente.	5a.
	Procuraduría General de la República	Trato digno	Omitir custodiar, vigilar, proteger, establecer medidas cautelares y/o dar seguridad a personas. Prestar indebidamente el servicio público. Acciones y omisiones que trasgreden los derechos a los migrantes y de sus familiares. Omitir brindar atención médica y/o psicológica de urgencia.	
23	Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación	Seguridad jurídica	Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones.	4a.
	Comisión Intersecretarial de Bioseguridad de los Organismos Genéticamente Modificados	Trato digno	Acciones y omisiones que trasgreden los derechos de los indígenas.	
24	Instituto Mexicano del Seguro Social	Protección de la salud	Negligencia médica.	1a.
25	Instituto Mexicano del Seguro Social	Protección de la salud	Negligencia médica.	1a.
Programa Penitenciario				
26	Comisión Nacional de Seguridad	Legalidad	Retención ilegal.	3a.
	Gobernador Constitucional del Estado de Nuevo León			

B. SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES *

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	0	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	0	0	0	0	155
1997	127	21	96	34	0	0	0	0	5	156
1998	114	15	93	34	0	0	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	25	14	2	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	47	14	17	1	0	0	6	113
2010	86	29	44	8	21	3	0	0	10	115
2011	95	12	50	4	62	0	0	0	13	141
2012	93**	12	36	2	65	4	0	0	6	125
2013	86	0	14	0	90	2	0	0	3	109
2014	55**	5	0	0	57	4	0	1	0	67
2015	26	0	1	0	7	3	8	14	0	33
Totales	2,494	309	1,834	427	347	34	8	15	73	3,047

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

** No incluye la Recomendación 1VG Violaciones Graves.v

CONCILIACIONES FORMALIZADAS DURANTE EL MES

Autoridad	Motivo de violación	Núm. de expediente	Visitaduría
Policía Federal de la Secretaría de Gobernación	– Trato cruel, inhumano o degradante.	2013/1254	3a.
Policía Federal de la Secretaría de Gobernación	– Detención arbitraria. – Intimidación. – Obligar a declarar.	2013/6180	3a.
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social de la Secretaría de Educación Pública	– Omitir dar información. – Omitir fundar el acto de autoridad. – Omitir motivar el acto de autoridad.	2013/8503	2a.
Secretaría de Marina	– 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 este, así como para las visitas domiciliarias. – Retención ilegal.	2014/3442	2a.
Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación	– Acciones u omisiones contrarias a los derechos a las personas privadas de su libertad. – Omitir proporcionar atención médica.	2014/5021	3a.
Estado Mayor Presidencial	– Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones. – Impedir el acceso a lugares públicos. – Omitir proteger la intimidad de las víctimas.	2014/6047	2a.
Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación	– Omitir proporcionar atención médica.	2014/6685	3a.
Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación	– Acciones u omisiones contrarias a los derechos a las personas privadas de su libertad.	2014/7048	3a.
Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación	– Omitir dar respuesta a la petición formulada por cualquier persona en ejercicio de su derecho. – Omitir responder en breve término a aquel que hizo la petición.	2015/2589	3a.

**A. ORIENTACIONES FORMULADAS EN LAS VISITADURÍAS
Y EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE QUEJAS Y ORIENTACIÓN**

Área	En el mes
Primera	36
Segunda	8
Tercera	43
Cuarta	99
Quinta	21
Sexta	111
DGQO	198
Total	516

**B. REMISIONES TRAMITADAS POR LAS VISITADURÍAS
Y LA DIRECCIÓN GENERAL DE QUEJAS Y ORIENTACIÓN**

Área	En el mes
Primera	121
Segunda	59
Tercera	60
Cuarta	33
Quinta	63
Sexta	173
DGQO	36
Total	545

C. DESTINATARIOS DE LAS REMISIONES

Destinatarios	Total mensual
Comisiones Estatales de Derechos Humanos	268
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	35
Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social de la Secretaría de la Función Pública	33
Recalificación	30
Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de la Secretaría de la Función Pública	24
Órgano Interno de Control en la Policía Federal	17
Procuraduría Federal del Consumidor	16
Procuraduría de la Defensa de los Trabajadores al Servicio del Estado	15
Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo	15
Secretaría de Educación Pública	12
Procuraduría General de la República	10
Instituto Federal de la Defensoría Pública	9
Órgano Interno de Control en la Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal	9
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Educación Pública de la Secretaría de la Función Pública	8
Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación	6
Órgano Interno de Control en el Instituto Nacional de Migración de la Secretaría de la Función Pública	6
Órgano Interno de Control en la Comisión Federal de Electricidad de la Secretaría de la Función Pública	6
Consejo de la Judicatura Federal	5
Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro	4
Coordinación General de Atención Ciudadana de la SEP	4
Comisión de Inconformidades del INFONAVIT	3
Instituto Mexicano del Seguro Social	3
Instituto Politécnico Nacional	3

Destinatarios	Total mensual
Órgano Interno de Control de la Procuraduría Federal del Consumidor	3
Órgano Interno de Control del Tribunal Superior Agrario	3
Procuraduría Agraria	3
Secretaría de la Defensa Nacional	3
Unidad de Quejas, Denuncias y Responsabilidades de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje	3
Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros	2
Contraloría Interna de la Secretaría de Turismo	2
Órgano Interno de Control en el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores de la Secretaría de la Función Pública	2
Órgano Interno de Control en el Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura de la Secretaría de la Función Pública	2
Órgano Interno de Control en el Servicio de Administración Tributaria de la Secretaría de la Función Pública	2
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Comunicaciones y Transportes de la Secretaría de la Función Pública	2
Órgano Interno de Control en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social	2
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	1
Contraloría Interna de la Comisión para la Regularización de la Tenencia de la Tierra	1
Contraloría Interna de la Secretaría de la Función Pública	1
Defensoría de los Derechos Humanos de la UNAM	1
Hospital Juárez de México de la Secretaría de Salud	1
Inspección y Contraloría General de Marina	1
Órgano Interno de Control 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 Colegio de Bachilleres	1
Órgano Interno de Control del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica de la Secretaría de Educación Pública	1
Órgano Interno de Control del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" de la Secretaría de Salud	1
Órgano Interno de Control en el Consejo Nacional para la Cultura y las Artes	1

Destinatarios	Total mensual
Órgano Interno de Control en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino"	1
Órgano Interno de Control en el Servicio Postal Mexicano de la Secretaría de la Función Pública	1
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Desarrollo Social de la Secretaría de la Función Pública	1
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud de la Secretaría de la Función Pública	1
Órgano Interno de Control en Petróleos Mexicanos de la Secretaría de la Función Pública	1
Órgano Interno de Control en Telecomunicaciones de la Secretaría de la Función Pública	1
Órgano Interno de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros de la Secretaría de la Función Pública	1
Procuraduría Federal de Protección al Ambiente	1
Secretaría de Gobernación	1
Universidad Autónoma de Querétaro	1
Universidad Autónoma de Tlaxcala	1
Total	593

A. EN EL EDIFICIO SEDE DE LA CNDH

Actividad	Total mensual
Remisión vía oficio de presentación	3
Orientación jurídica personal y telefónica	1,280
Revisión de escrito de queja o recurso	34
Asistencia en la elaboración de escrito de queja	78
Recepción de escrito para conocimiento	1
Aportación de documentación al expediente	7
Acta circunstanciada que derivó en queja efectuada vía personal o telefónica	19
Acta circunstanciada que derivó en solución inmediata vía personal o telefónica	6
Información sobre la función de la CNDH para trabajos escolares o de investigación vía personal o telefónica	20
Total	1,448

B. EN LA OFICINA DE ORIENTACIÓN Y QUEJAS EN EL CENTRO HISTÓRICO

Actividad	Total mensual
Remisión vía oficio de presentación	1
Orientación jurídica personal y telefónica	126
Revisión de escrito de queja o recurso	5
Asistencia en la elaboración de escrito de queja	3
Recepción de escrito para conocimiento	2
Aportación de documentación al expediente	5
Información sobre la función de la CNDH para trabajos escolares o de investigación	2
Total	144

C. SERVICIO DE GUARDIA EN EL EDIFICIO SEDE

Actividad	Total mensual
Remisión vía oficio de presentación	12
Orientación jurídica personal y telefónica	1,080
Revisión de escrito de queja o recurso	45
Asistencia en la elaboración de escrito de queja	81
Recepción de escrito para conocimiento	1
Aportación de documentación al expediente	8
Acta circunstanciada que derivó en queja efectuada vía personal o telefónica	33
Acta circunstanciada que derivó en solución inmediata vía personal o telefónica	53
Información sobre la función de la CNDH para trabajos escolares o de investigación vía personal o telefónica	31
Total	1,344

D. SERVICIO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA

El Departamento de Atención Telefónica ofrece información sobre el curso de los escritos presentados ante este Organismo Nacional.

Actividad	Total mensual
Primera Visitaduría	108
Segunda Visitaduría	55
Tercera Visitaduría	52
Cuarta Visitaduría	40
Quinta Visitaduría	21
Sexta Visitaduría	193
Dirección General de Quejas y Orientación	115
Total	584

E. SERVICIO DE OFICIALÍA DE PARTES

El Departamento de Oficialía de Partes se encarga 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	3,251
Documentos de autoridad	5,947
Documentos de transparencia	8
Documentos de CEDH	657
Presidencia	156
Para el personal de la CNDH	1,025
Total de documentos recibidos:*	11,044

* De los 11,044 documentos, 808 fueron recibidos por el área de Guardias y 522 en la oficina de la Dirección General de Quejas y Orientación en el Centro Histórico.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JULIO

Educación básica

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
1-jul	Primaria "21 de marzo"	Distrito Federal	Curso-taller	Aspectos básicos de derechos humanos	Padres y madres de familia
1-jul	Primaria "Arabia Saudita"	Distrito Federal	Curso	Importancia de la interiorización de los derechos humanos	Padres de familia
1-jul (5 ocasiones)	Primaria "21 de marzo"	Distrito Federal	Curso-taller	Derechos humanos y responsabilidades de niñas, niños y adolescentes	Alumnado
1 y 2-jul (8 ocasiones)	Primaria "Arabia Saudita"	Distrito Federal	Curso	Aspectos básicos de derechos humanos	Alumnas y alumnos
2-jul	Secretaría de Educación Pública	Distrito Federal	Curso-taller	Derechos humanos, violencia y acoso escolar	Primaria "Dr. Salvador Allende"
2 y 3-jul (8 ocasiones)	Primaria "Suriname"	Distrito Federal	Curso-taller	Derechos humanos y responsabilidades de niñas, niños y adolescentes	Alumnado
3-jul (6 ocasiones)	Primaria "Ucrania"	Distrito Federal	Curso	Aspectos básicos de derechos humanos	Alumnas y alumnos
3-jul	Primaria "Ucrania"	Distrito Federal	Curso	Importancia de la interiorización de los derechos humanos	Padres de familia
3-jul	Secretaría de Educación Pública	Estado de México	Curso-taller	Derechos humanos, violencia y acoso escolar	Telesecundaria "Vicente Guerrero"
6-jul (2 ocasiones)	Primaria "Río Pánuco"	Distrito Federal	Curso	Aspectos básicos de derechos humanos	Alumnas y alumnos
7-jul	Primaria "Martín de la Cruz"	Distrito Federal	Curso	Aspectos básicos de derechos humanos	Alumnas y alumnos
7-jul	Primaria "Martín de la Cruz"	Distrito Federal	Curso	Importancia de la interiorización de los derechos humanos	Alumnas y alumnos
7 y 8-jul (17 ocasiones)	Primaria "Juan de Mata Rivera"	Distrito Federal	Curso-taller	Derechos humanos y responsabilidades de niñas, niños y adolescentes	Alumnado
7 y 8-jul (6 ocasiones)	Primaria "Martín de la Cruz"	Distrito Federal	Curso	Aspectos básicos de derechos humanos	Alumnas y alumnos

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
7 y 8-jul (6 ocasiones)	Secretaría de Educación Pública	Estado de México	Curso-taller	Derechos humanos, violencia y acoso escolar	Primaria "José Vasconcelos"
9-jul	Secretaría de Educación Pública	Distrito Federal	Curso-taller	Aspectos básicos de derechos humanos	Primaria "Dra. Ma. del Carmen Millán"
9-jul (4 ocasiones)	Primaria "Genaro García"	Distrito Federal	Conferencia	Aspectos básicos de derechos humanos	Madres y padres de familia
9 y 10-jul (8 ocasiones)	Secretaría de Educación Pública	Distrito Federal	Curso-taller	Derechos humanos y responsabilidades de niñas, niños y adolescentes	Primaria "Dra. Ma. del Carmen Millán"

Educación superior

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
3-jul	Procuraduría General de Justicia del Estado	Coahuila de Zaragoza	Diplomado	Derechos humanos de las víctimas del delito y abuso del poder	Agentes del Ministerio Público, abogados y estudiantes universitarios
9 y 10-jul (2 ocasiones)	Universidad Contemporánea de las Américas	Michoacán de Ocampo	Curso-taller	La importancia de los derechos humanos en la educación	Alumnas y alumnos
Del 9 al 10-jul	Comisión de Derechos Humanos de Quintana Roo	Quintana Roo	Curso	Derechos humanos y seguridad pública	Personal de seguridad pública y sociedad en general
27-jul	Universidad Tecnológica Americana	Distrito Federal	Conferencia	Violencia de género	Alumnas, alumnos y docentes

Servidores públicos (fuerzas armadas)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
Del 25-may al 19-jul	Secretaría de Marina Armada de México	Distrito Federal	Teleconferencia	Lineamientos generales para la puesta a disposición de personas u objetos	Personal directivo y administrativo
2-jul	Secretaría de la Defensa Nacional	Distrito Federal	Conferencia	Derechos humanos y seguridad pública	Jefes, Oficiales y Tropa
4-jul	Secretaría de la Defensa Nacional	Distrito Federal	Videoconferencia	Derechos humanos y discriminación	Personal directivo, administrativo y operativo
6-jul	Secretaría de la Defensa Nacional	Distrito Federal	Videoconferencia	Los derechos humanos en la detención	Personal directivo, administrativo y operativo
8-jul	Secretaría de la Defensa Nacional	Guerrero	Curso	Cultura de la legalidad y derechos humanos	Jefes, Oficiales y Tropa

Servidores públicos (seguridad pública)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
Del 15-jun al 30-jul (2 ocasiones)	Servicio de Protección Federal	Distrito Federal	Curso en Línea	Equidad y perspectiva de género	Personal directivo, administrativo y operativo
1-jul	Secretaría de Seguridad Pública del Estado	Chiapas	Conferencia	Reformas constitucionales en materia de derechos humanos del 10 de junio del 2011	Policías Ministeriales y personal administrativo
Del 2 al 3-jul	Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana de Chiapas	Chiapas	Curso-taller	Procuración de justicia	Policías Ministeriales y personal administrativo

Servidores públicos (procuración de justicia)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
Del 15-jun al 10-jul (3 ocasiones)	Procuraduría General de Justicia del Estado	Estado de México	Curso en línea	Atención a la salud basada en derechos humanos	Personal directivo, administrativo y operativo
Del 15-jun al 10-jul	Procuraduría General de la República	Estado de México	Curso en línea	Atención a la salud basada en derechos humanos	Personal directivo, administrativo y operativo
1-jul	Procuraduría General de la República	Distrito Federal	Curso	Aspectos básicos de derechos humanos	Personal de procuración de justicia y seguridad pública
9-jul	Procuraduría General de la República	Distrito Federal	Curso	Derechos humanos de las víctimas del delito y abuso del poder	Servidores públicos periciales y de seguridad pública

Servidores públicos (salud)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
1-jul	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	Sinaloa	Curso	Atención a la salud basada en derechos humanos	Personal médico y de enfermería
8-jul	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	Sinaloa	Curso	Derechos humanos y deberes del personal de salud	Personal médico y de enfermería

Servidores públicos (Organismos Públicos de Derechos Humanos)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
1-jul	Comisión de Derechos Humanos del Estado de Morelos	Morelos	Curso-taller	Alienación Parental	Personal de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Morelos

Servidores públicos (otros servidores públicos)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
7-jul	Telecomunicaciones de México	Nuevo León	Curso-taller	Equidad y perspectiva de género	Personal región norte
Del 15-jun al 10-jul	Centro Estatal de Certificación Acreditación y Control de Confianza	Michoacán de Ocampo	Curso en línea	Atención a la salud basada en derechos humanos	Personal directivo y administrativo

Servidores públicos (autoridades laborales)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
Del 15-jun al 10-jul	Junta Federal de Conciliación y Arbitraje	Distrito Federal	Curso en Línea	Aspectos básicos de derechos humanos	Personal directivo y administrativo

Grupos en situación de vulnerabilidad (niñez)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
2-jul	ATNCN MX, Atención México, A. C.	Distrito Federal	Taller	Derechos humanos, violencia y acoso escolar	Integrantes de ONG, Voluntarios y Voluntarias
2-jul	Organización de Derechos Humanos Mensajeros de la Paz, A. C.	Distrito Federal	Curso	Derecho de niñas, niños y adolescentes	Integrantes de ONG
2-jul (2 ocasiones)	ATNCN MX, Atención México, A. C.	Distrito Federal	Taller	Derechos humanos, violencia y acoso escolar	Niñas y niños
2-jul (3 ocasiones)	ATNCN MX, Atención México, A. C.	Distrito Federal	Curso	Derecho de niñas, niños y adolescentes	Niños y Niñas de 2do de Primaria
2-jul (3 ocasiones)	Secretaría de Educación Pública	Distrito Federal	Taller	Derechos humanos, violencia y acoso escolar	Niñas y Niños de 6° año de primaria
3-jul (3 ocasiones)	ATNCN MX, Atención México, A. C.	Distrito Federal	Curso-taller	Derecho de niñas, niños y adolescentes	Niñas y Niños
3-jul (3 ocasiones)	ATNCN MX, Atención México, A. C.	Distrito Federal	Taller	Derecho de niñas, niños y adolescentes	Niños y Niñas de Primer Grado A, B y C
3-jul (3 ocasiones)	ATNCN MX, Atención México, A. C.	Distrito Federal	Curso-taller	Derechos humanos, violencia y acoso escolar	Niños y Niñas de quinto de primaria
8-jul	Conexión Social para la Población, A. C.	Estado de México	Taller	Derechos humanos y responsabilidades de niñas, niños y adolescentes	Niñas, Niños y Adolescentes
29-jul 2 ocasiones)	ATNCN MX, Atención México, A. C.	Distrito Federal	Taller	Derecho de niñas, niños y adolescentes	Segundo y Tercer Grado B
30-jul	ATNCN MX, Atención México, A. C.	Distrito Federal	Curso-taller	Derechos humanos, violencia y acoso escolar	Niñas y Niños

Organizaciones sociales (Organismos No Gubernamentales)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
3 y 10-jul (2 ocasiones)	Fundación de Artes y Oficios al Rescate de México, A. C.	Distrito Federal	Taller	¿Cómo defender nuestros derechos?	Integrantes de ONG, Voluntarios y Voluntarias
8-jul	Frente de Apoyo Ciudadano Defensor de los Derechos Humanos	Estado de México	Conferencia	Aspectos básicos de derechos humanos	Integrantes de ONG

Organizaciones sociales (organizaciones sindicales)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
4-jul	Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE)	Distrito Federal	Videoconferencia	Mediación y creación de ambientes libres de violencia escolar	Personal directivo, docente y administrativo

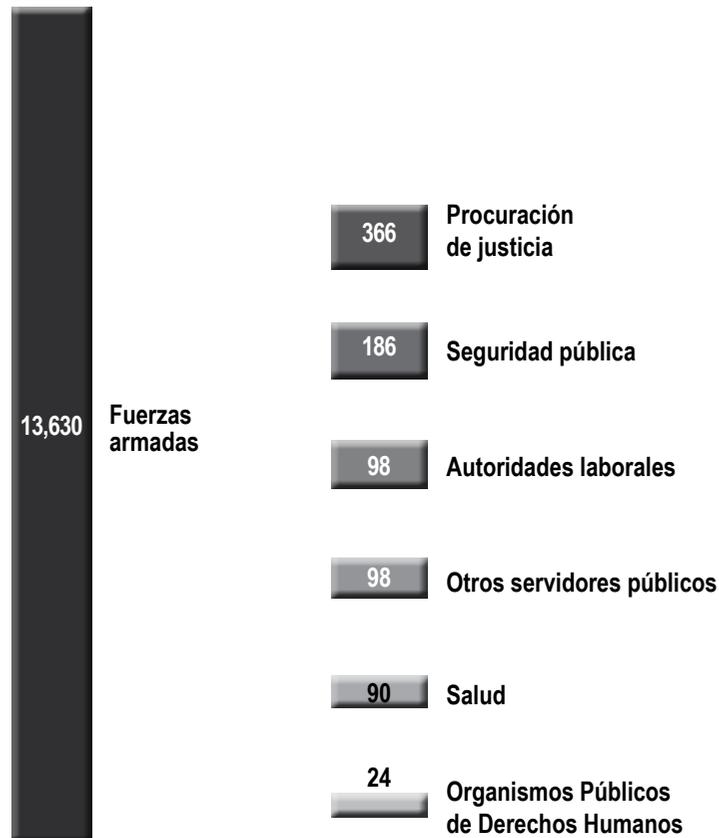
Educación

Participantes en las 83 actividades



Servidores públicos

Participantes en las 21 actividades



Grupos en situación de vulnerabilidad

Participantes en las 23 actividades



Niñez

Organizaciones sociales

Participantes en las 4 actividades



Organismos

No

Gubernamentales

Organizaciones sindicales

Actividades de vinculación realizadas por la Secretaría Técnica del Consejo Consultivo

Julio, 2015

Secretaría Técnica	Actividades	Participantes
Sector educativo nacional y organismos gubernamentales	9	17
Organizaciones sociales	348	96
Organismos Públicos de Derechos Humanos	11	25
Vinculación interinstitucional	16	44
Subtotal	384	182
Vinculación con medios alternos*	55	55
Total Vinculación Secretaría Técnica	418	216

* Distribución de comunicados, recomendaciones, artículos, etcétera, en materia de derechos humanos a Organismos No Gubernamentales.

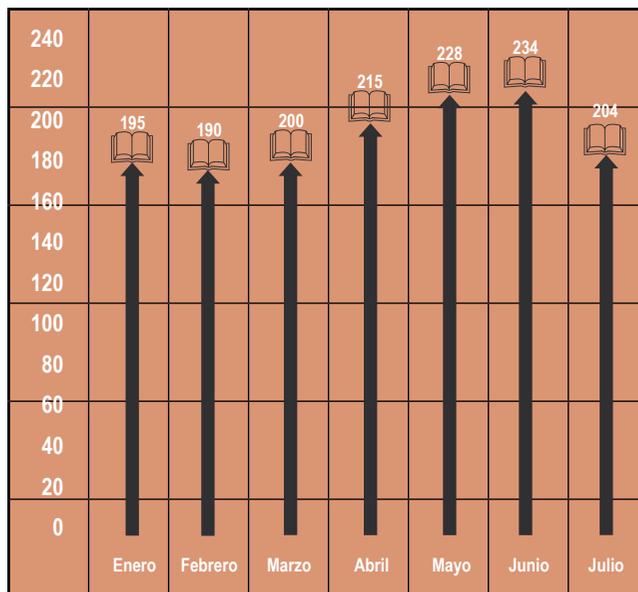
A. LISTADO DE PUBLICACIONES DEL MES

Material	Título	Núm. de ejemplares
Cartel	<i>Violencia, cultura de paz y Derechos Humanos</i>	65
Invitación	<i>Violencia, cultura de paz y Derechos Humanos</i>	100
Cartel	<i>El desarrollo como un derecho humano</i>	65
Invitación	<i>El desarrollo como un derecho humano</i>	100
Invitación	<i>Cine-Diálogo de derechos humanos (11 de agosto al 20 de octubre)</i>	50
Cartel	<i>El desplazamiento forzado interno</i>	40
Invitación	<i>El desplazamiento forzado interno</i>	50
Cartel	<i>Movilidad humana y fronteras</i>	40
Invitación	<i>Movilidad humana y fronteras</i>	50
Total		387,320

B. Distribución

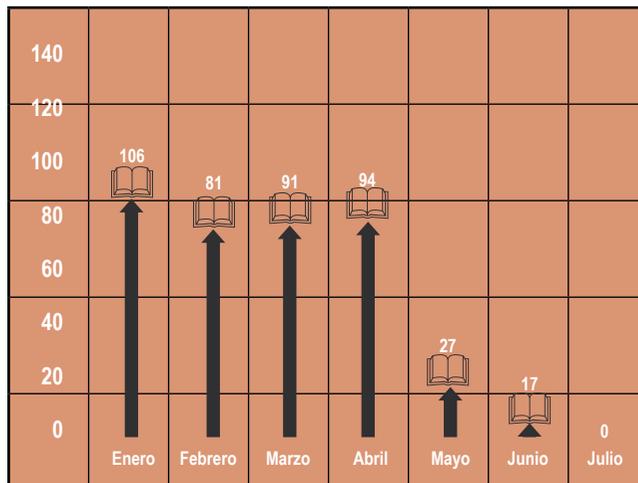
Material	Título	Núm. de ejemplares
Carteles	Varios títulos	12,360
Cartillas	Varios títulos	14,250
Cuadernos	Varios títulos	13,900
Cuadrípticos	Derechos y deberes de las personas	5,550
Dípticos	Varios títulos	1,240
Discos compactos	<i>Música por los derechos de las niñas y los niños</i>	5,050
Dominós	<i>Campaña de defensa y protección de los derechos humanos de las niñas y los niños. Niños promotores</i>	20
Folletos	Varios títulos	15,462
Libros	Varios títulos	387
Tarjetas	Varios títulos	3,220
Trípticos	Varios títulos	22,120
Volante	Intercambio de experiencias México-Colombia: retos en derechos humanos	10
Total		93,569

A. INCREMENTO DEL ACERVO

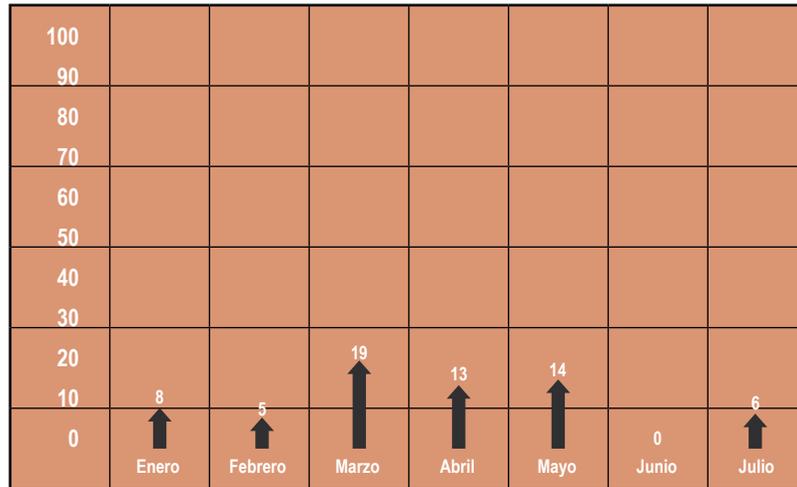


B. COMPRA, DONACIÓN, INTERCAMBIO Y DEPÓSITO

a. Compra



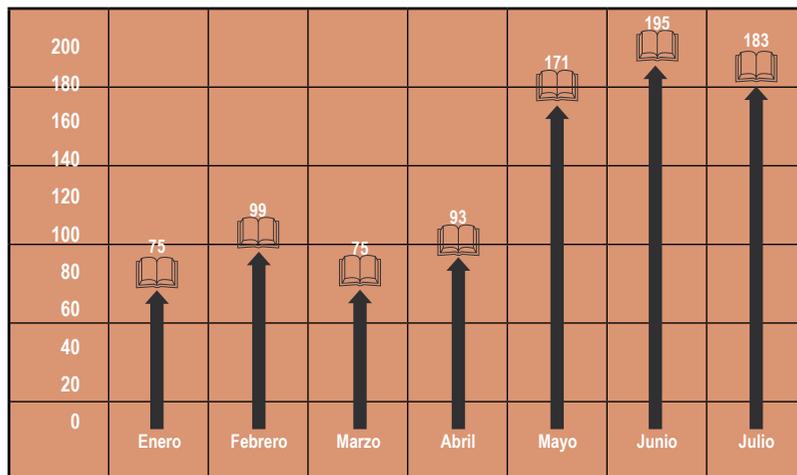
b. Intercambio



c. Donación



d. Depósito



A. SOLICITUDES DE INFORMACIÓN EN TRÁMITE, RECIBIDAS Y CONTESTADAS

Julio	
Solicitudes de información	Núm.
En trámite	90
Recibidas	53
Contestadas	31

B. SOLICITUDES DE INFORMACIÓN CONTESTADAS EN EL PERIODO

Expediente	Área responsable	Solicitud	Descripción de la conclusión
1	Primera Visitaduría General Cuarta Visitaduría General Quinta Visitaduría General Sexta Visitaduría General Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó información estadística de quejas en contra del ISSSTE en Aguascalientes entre 2010 y 2015 así como la versión pública en formato digital de los expedientes correspondientes a éstas.	Se acordó entregar la información en términos de ley No pagó
2	Primera Visitaduría General Cuarta Visitaduría General Quinta Visitaduría General Sexta Visitaduría General Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó información estadística de quejas del ISSSTE en Aguascalientes entre 2010 y 2015 así como la versión pública en formato digital de los expedientes correspondientes a éstas.	Se acordó entregar la información en términos de ley No pagó
3	Sexta Visitaduría General Coordinación General de Comunicación y Proyectos Comité de Información (clasificó)	Solicitó pruebas de cumplimiento de la recomendación 1VG 2012.	Información proporcionada en términos de ley

Expediente	Área responsable	Solicitud	Descripción de la conclusión
4	Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó copias de las recomendaciones dirigidas a autoridades deportivas de la delegación Benito Juárez.	Información proporcionada
5	Quinta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó la entrega de una versión pública del material que sirvió, para realizar los informes sobre secuestros de personas migrantes, presentados públicamente por esta Comisión Nacional en los años 2009 y 2010.	Información proporcionada en términos de ley
6	Primera Visitaduría General Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó diversa información de las quejas presentadas por personas con discapacidad, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2014.	Información proporcionada
7	Primera Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó copia del expediente CNDH/1/2014/6084/Q.	Información proporcionada en términos de ley
8	Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó información estadística de quejas por discriminación laboral del 2012 al 2015.	Información proporcionada
9	Sexta Visitaduría General Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó información estadística sobre mujeres que han sido acosadas en el ámbito laboral.	Información proporcionada
10	Primera Visitaduría General Segunda Visitaduría General Tercera Visitaduría General Cuarta Visitaduría General Quinta Visitaduría General Sexta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó información sobre el Protocolo de Estambul.	Información proporcionada
11	Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó información estadística de quejas por violaciones a derechos humanos de las personas morales.	Información proporcionada
12	Quinta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó copia certificada del expediente CNDH/5/2011/9240/Q.	Información proporcionada en términos de ley
13	Secretaría Técnica del Consejo Consultivo Dirección General de Quejas y Orientación Dirección General de Planeación y Análisis Comité de Información (clasificó)	Solicitó información y datos estadísticos sobre programas preventivos en materia de derechos humanos.	Información proporcionada
14	Tercera Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó copia certificada de diversos documentos contenidos en el expediente CNDH/3/2012/10928/Q.	Información proporcionada en términos de ley
15	Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó información estadística de quejas por violaciones a derechos humanos de migrantes, de diciembre 2012 hasta la fecha.	Información proporcionada
16	Oficialía Mayor Comité de Información (clasificó)	Solicitó información sobre la licitación pública internacional bajo la cobertura de tratados no. 00442002-017-15.	Información proporcionada
17	Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó información estadística de quejas recibidas en el periodo enero de 2006 a diciembre de 2012.	Información proporcionada
18	Centro Nacional de Derechos Humanos Comité de Información (clasificó)	Solicitó información sobre el acuerdo de creación del CENADEH.	Información proporcionada
19	Dirección General de Quejas Y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó información estadística de quejas, en contra del Sistema Nacional del Desarrollo Integral de la Familia.	Información proporcionada
20	Cuarta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó información estadística de las recomendaciones relacionadas con indígenas.	Información proporcionada

Expediente	Área responsable	Solicitud	Descripción de la conclusión
21	Cuarta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó el número de traductores con los que cuenta la CNDH para atender los asuntos relacionados con indígenas.	Información proporcionada
22	Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó información de la existencia de una queja.	Información proporcionada
23	Tercera Visitaduría General Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó información estadística de quejas presentadas en contra de un Órgano Administrativo Desconcentrado de Prevención y Readaptación Social del 2000 al 2015.	Información proporcionada
24	Tercera Visitaduría General Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó información estadística de recomendaciones por violación a derechos humanos en Centros Penitenciarios del 2000 al 2015.	Información proporcionada
25	Dirección General de Quejas y Orientación Comité de Información (clasificó)	Solicitó información estadística de quejas presentadas contra el DIF.	Información proporcionada
26	Sexta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó información del expediente CNDH/6/2014/7644/Q.	Información clasificada como confidencial o reservada
27	Quinta Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó información estadística sobre quejas en materia de migrantes.	Información proporcionada
28	Oficialía Mayor Comité de Información (clasificó)	Solicitó el número de servidores públicos de esta Comisión Nacional de los derechos humanos.	Información proporcionada
29	Segunda Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó copia certificada de diversas actuaciones de esta Comisión Nacional, en el expediente CNDH/2/2008/5509/Q.	Información proporcionada
30	Segunda Visitaduría General Comité de Información (clasificó)	Solicitó información del expediente CNDH/2/2008/5509/Q.	Información proporcionada
31	Unidad de Enlace de la CNDH	Solicitó diversa información sobre las atribuciones de esta Comisión Nacional.	Información proporcionada

C. Recursos en trámite, recibidos y resueltos

Julio	
Recursos	Núm.
En trámite	5
Recibidos	3
Resueltos	1*

* NOTA: la diferencia observada de dos Recursos de Revisión concluidos obedece a que se efectuaron con posterioridad al corte.

Solicitudes contestadas en el periodo

Expediente	Recurso	Descripción de conclusión
00001015	El solicitante considera que la información entregada es incompleta.	Revoca o modifica la decisión del área responsable Se acordó entregar la información en términos de ley No pagó



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

Centros visitados

Núm.	Entidad	Municipio	Centro
1	Campeche	Ciudad del Carmen	Centro de Reinserción Social
2	Campeche	San Francisco Koben	Centro de Reinserción Social
3	Chiapas	San Cristóbal de las Casas	Centro Estatal para la Reinserción Social de Sentenciados No. 5
4	Chiapas	El Amate	Centro de Reinserción Social de Sentenciados No. 14
5	Chiapas	Tapachula	Centro Estatal para la Reinserción Social de Sentenciados No. 3
6	Chiapas	Tapachula	Centro Estatal para la Reinserción Social de Sentenciadas No. 4
7	Hidalgo	Actopan	Centro de Reinserción Social
8	Hidalgo	Pachuca	Centro de Reinserción Social
9	Hidalgo	Tula	Centro de Reinserción Social
10	Hidalgo	Tulancingo	Centro de Reinserción Social
11	Sinaloa	Los Mochis	Centro de Ejecución de las Consecuencias Jurídicas del Delito
12	Sinaloa		Centro Federal de Readaptación Social Número 8 Nor-Poniente.
13	Sinaloa	Mazatlán	Centro de Ejecución de las Consecuencias Jurídicas del Delito
14	Sinaloa	Culiacán	Centro de Ejecución del Consecuencias Jurídicas del Delito
15	Sinaloa		Prisión Militar en la III Región Militar
16	Zacatecas	Fresnillo	Centro Regional de Reinserción Social
17	Zacatecas	Ojo Caliente	Establecimiento Penitenciario Distrital
18	Zacatecas	Cieneguillas	Centro Estatal de Reinserción Social Femenil
19	Zacatecas	Cieneguillas	Centro Estatal de Reinserción Social Varonil



GACETA 300 • JUL • 2015
Comisión Nacional de los Derechos Humanos



Actividades de la CNDH

PRESIDENCIA

DURANTE EL MES DE JULIO DE 2015, EL LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, TUVO ENTRE OTRAS ACTIVIDADES DE RELEVANCIA, LAS SIGUIENTES:

- El 2 de julio participó en la inauguración del Foro Internacional “Discriminación racial y afrodescendientes en México”, desde donde refrendó el compromiso de la CNDH por visibilizar de manera adecuada a la población afrodescendiente en el país, así como avanzar en el debido reconocimiento de sus derechos colectivos en la Constitución de la República. Subrayó que el Decenio Internacional de los Afrodescendientes 2015- 2024, impulsado por la ONU, obliga a revisar las acciones que debieron ser impulsadas y las que han de emprenderse para garantizar el respeto de los derechos humanos de esta población, que es víctima de una doble discriminación, por su origen étnico y por el color de su piel.
- Ese mismo día, condenó el envío y explosión de un artefacto en las instalaciones de la Visitaduría General de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, y demandó a las autoridades correspondientes la investigación pronta de los hechos, así como el castigo de los responsables.
- El 3 de julio participó en el panel “A 50 años de la convención para la eliminación de todas las formas de discriminación racial: Retos y perspectivas”, dentro del Foro Internacional “Discriminación racial y afrodescendientes en México”, en donde hizo un llamado al Estado mexicano a cumplir con las observaciones específicas hechas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial de la ONU, en favor de las casi 400 mil personas afromexicanas que hay en el país. Asimismo, dio a conocer un Plan de Acción tendente a fortalecer el trabajo en favor del reconocimiento constitucional, la justicia y el desarrollo de los afrodescendientes en México.
- El 4 de julio participó en el acto donde la CNDH suscribió con el Instituto para la Seguridad y la Democracia (INSYDE), un convenio de colaboración para la realización de actividades conjuntas, tales como la impartición de cursos presenciales en derechos humanos, prevención de la tortura en México y Aplicación del Protocolo de Estambul, sumando esfuerzos tendentes a dar mayor y mejor atención a la prevención de la tortura y al fortalecimiento de la cultura de respeto a los derechos humanos en nuestro país.
- El 7 de julio participó en el Seminario sobre violencia y paz, “¿Cómo están los derechos humanos en México? El *Ombudsman* nacional opina”, organizado por El Colegio de México (Colmex), en donde subrayó que el estado actual de éstos en el país es de claroscuros, donde hay muchas asignaturas pendientes y se enfrentan incontables retos para llegar a ese Estado y sociedad plenamente sustentados en el reconocimiento y defensa de las prerrogativas a que aspiramos. Precisó que es prioritario atender y revitalizar nuestro Estado de Derecho, toda vez que la impunidad y la corrupción que se advierten impiden que las ideas de justicia, equidad y legalidad permeen y se consoliden en nuestra sociedad.

- El 9 de julio asistió a la entrega de reconocimientos por el Día del Abogado, en la Residencia Oficial de Los Pinos y, posteriormente, participó en el acto por medio del cual se canceló la estampilla postal conmemorativa del XXV aniversario de la CNDH, emitida por el Servicio Postal Mexicano (SEPOMEX).
- El 10 de julio asistió a la ceremonia conmemorativa del Día del Abogado organizada por el Gobierno del Distrito Federal, ocasión en la cual recibió un reconocimiento por su trayectoria y desempeño profesional. Posteriormente, participó en el acto por medio del cual se firmó un Convenio General de Colaboración entre la CNDH y el Instituto Brasileño de Derechos Humanos (IBDH) para la realización de acciones conjuntas tendentes a promover el estudio, análisis e investigación en la materia en México y en Brasil.
- El 11 de julio encabezó la ceremonia, en el marco del 25 aniversario de la fundación de la CNDH, donde se entregaron reconocimientos al personal por su antigüedad en la institución. En esta oportunidad, señaló que el personal de esta Comisión Nacional es el activo más importante con el que se cuenta para el cumplimiento de su misión y sus responsabilidades, por lo que les hizo un llamado a fortalecer las capacidades y la mística de servicio que desde su inicio ha caracterizado a la CNDH, así como a no perder la sensibilidad al conocer de violaciones a derechos humanos de las personas y a responsabilizarse de su atención.
- El 23 de julio encabezó la presentación del documento “Estado de la investigación del Caso Iguala”, en el cual se presenta el estado que guarda la investigación de dicho asunto en la CNDH y se plantean 32 observaciones y propuestas a autoridades de los tres niveles de gobierno a efecto de contribuir a que se hagan efectivos los derechos de las víctimas a la verdad y a la justicia, así como prevenir nuevas violaciones a derechos humanos. En esta oportunidad, destacó que este Organismo Nacional considera de extrema gravedad los hechos ocurridos que dieron origen a ese caso, mismos que han hecho evidente el rompimiento del Estado de Derecho, la violencia contra los valores fundamentales de las víctimas, la falta de respeto a la vida, a la libertad, seguridad, integridad y dignidad de las personas.
- El 30 de julio participó en la conmemoración del Día Mundial contra la Trata de Personas, donde afirmó que la lucha contra este fenómeno es una de las grandes causas dentro del movimiento de los derechos humanos, señalando que, más que combatir y reprimir este delito con las fuerzas del Estado, se debe atender sobre la base de un enfoque de derechos humanos e intentar remediar las causas que le dan origen o lo propician.

PRIMERA VISITADURÍA GENERAL

PROGRAMA ESPECIAL DE VIH/SIDA Y DERECHOS HUMANOS

Impartición de los talleres “Trabajo sexual, VIH y derechos humanos”, en Puebla, Puebla Por invitación de la organización Observatorio Ciudadano de Derechos Sexuales y Reproductivos, A. C. (ODESYR), el licenciado Ricardo Hernández Forcada, Director del Programa de VIH de esta Comisión Nacional, acudió a la ciudad de Puebla, Puebla, para ofrecer tres talleres sobre el tema “Trabajo Sexual, VIH y Derechos Humanos”, los días 27 y 30 de julio de 2015. Los talleres se llevaron a cabo en el Museo Nacional de los Ferrocarriles Mexicanos en Puebla.

Durante estos talleres abordó el reconocimiento del trabajo sexual como trabajo no asalariado, gracias al amparo 112/2013, en cuya observancia la Secretaría del Trabajo, del Gobierno del Distrito Federal ya está emitiendo credenciales de trabajador no asalariado a quienes se dedican a esta actividad, de manera que puedan protegerse de la extorsión y el abuso policíacos del que tradicionalmente han sido objeto.

Indicó que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se denomina trabajo sexual a toda actividad sexual llevada a cabo por mujeres u hombres, adultos y jóvenes, cuyo objetivo sea el de obtener dinero o bienes a cambio del servicio prestado, sea de forma regular u ocasional.

Asimismo, señaló la necesidad de distinguir el trabajo sexual voluntario de la prostitución forzada por medio de la trata de personas y del lenocinio, ya que estas actividades sí constituyen delitos, mientras que el trabajo sexual no.

Acerca de la relación entre el trabajo sexual con el VIH, indicó que, al ser dicho virus sexualmente transmisible, las personas que se dedican a esta actividad están en mayor riesgo de contraer la infección por VIH, sin embargo, eso no es motivo para que se les practiquen pruebas de manera coercitiva, ya que, más que protegerles, se les arroja a la clandestinidad. En ese sentido, la prevención debe promoverse tanto en los clientes como en los trabajadores y trabajadoras sexuales, mediante la educación, la promoción del uso correcto y consistente del condón y el autocuidado. Al respecto, se hizo referencia a la *NOM-010-SSA2-2010 Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana* que así lo indica.

Los talleres estuvieron dirigidos a 266 trabajadoras sexuales que ejercen su labor en la ciudad de Puebla.

PROGRAMA SOBRE ASUNTOS DE LA NIÑEZ Y LA FAMILIA

Impartición de la conferencia “Prevención y atención de la violencia familiar” en San Luis Potosí, S. L. P. El 1 de julio de 2015, por invitación de la Academia Superior de la Policía Federal, Delegación San Luis Potosí, se disertó una Conferencia sobre sobre Prevención y atención de la violencia familiar dirigida a cadetes de esa institución, los cuales están en proceso de formación, así como para instructores y personal administrativo.

Durante la presentación se abordaron temas como la definición de violencia, su relación con la agresividad; la tipología y ámbitos en los que se expresa, enfatizando el ámbito doméstico o familiar; su etiología; repercusiones y sobre todo su impacto en la vida de las personas que la sufren.

Punto importante en la reflexión fueron las preguntas en torno a qué les corresponde hacer a estos cadetes ante casos de violencia familiar, el perfil profesional con el que deben contar para abordarlos adecuadamente y el marco jurídico de su actuación.

Al final de la conferencia fue posible concluir que existen muchas dudas en torno a las obligaciones que como servidores públicos tendrán ante esta problemática, en cuanto se integren como personal activo garante de la seguridad pública.

Impartición de la conferencia “La Importancia de los Valores en la Vida Cotidiana” en Coahuila, Torreón, Francisco I Madero, Sabinas, Muzquiz, Progreso A invitación de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza, se presentó la conferencia La Importancia de los Valores en la Vida Cotidiana en los municipios de Torreón, Francisco I. Madero, Sabinas, Muzquiz y Progreso los días 1, 2 y 3 de julio de 2015.

Con la finalidad de sensibilizar a los adultos en el compromiso y necesidad de formar a niñas, niños y adolescentes para la vida, es que se realizaron un total de ocho presentaciones de la conferencia, en las diferentes localidades ya mencionadas, tanto a padres de familia como a profesores de instituciones educativas y servidores públicos de diversas instancias.

La vivencia y disfrute de los valores universales es parte esencial de una buena relación entre los individuos y del buen trato entre los mismos. El inicio de dicha experiencia se da en casa, de ahí la importancia de trabajar el tema con los adultos en general, buscando que el beneficio final sea para las niñas, los niños y los adolescentes.

**Impartición del curso-taller
“Derechos y Obligaciones de los
Servidores Públicos”
en México, D. F.**

Para dar cumplimiento a la solicitud de la Dirección de Atención Médica de la Secretaría de Salud del D. F., se impartió el Curso-Taller Derechos y Obligaciones de los Servidores Públicos, en las instalaciones del Centro de Salud “Dr. Galo Soberón y Parra”, ubicado en Calzada de Camarones Número 485, Col. Electricistas, Delegación Azcapotzalco, C. P. 02060, México, D. F., los días 2 y 3 de julio del año en curso con una duración de seis y cinco horas respectivamente y al cual asistieron 50 servidores públicos por sesión.

El objetivo fue abrir un espacio para difundir y promover los derechos humanos de la niñez y la adolescencia, también de reflexión para la concientización y sensibilización de los servidores públicos como garantes de derechos humanos de niñas, niños y adolescentes de acuerdo a los artículos 1o. y 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, así como de las responsabilidades en que pueden incurrir por acción u omisión.

Durante el desarrollo del curso se pudo observar que los asistentes desconocen la reforma al artículo 1o. constitucional y la existencia de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Además les genera temor el proporcionar atención a este sector de la población sin acompañamiento. Se logró la participación del grupo y expusieron algunos casos a los que se enfrentan y entre todos se trató de dar solución de la mejor manera.

**Impartición del curso-taller
“Masculinidades”
en Acapulco, Guerrero**

Los días 2 al 4 de julio, por invitación de la Casa de la Cultura Jurídica de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en Guerrero, se llevó a cabo el Curso-Taller “Masculinidades”, dirigido a servidoras y servidores públicos e integrantes de asociaciones civiles.

Las actividades realizadas durante dos días incluyeron el análisis del sistema sexo-género; las esferas de principal importancia en la vida de los hombres, así como el impacto que los roles estereotipados tiene en sus vidas; el estudio del modelo tradicional masculino, el machismo como una de sus principales manifestaciones, la violencia masculina y la paternidad como parte de su autorrealización.

Los avances legislativos en la materia, también fueron analizados, para concluir con un ejercicio de reflexión.

En las actividades participaron representantes de diversas instituciones, entre ellas el Sistema DIF Estatal y Municipal, el Tribunal Superior de Justicia, la Procuraduría General de Justicia, el Instituto de las Mujeres, Defensoría de Oficio, entre otras, así como integrantes de Asociaciones Civiles promotoras de Derechos Humanos.

A través de la exposición, las dinámicas y el estudio de casos prácticos, se posibilitó la adquisición de herramientas teórico-prácticas para replicar el curso-taller por parte de los participantes.

Al finalizar el curso, el público en general manifestó que sus expectativas se habían cumplido y mostró interés en participar en otras actividades similares.

Impartición de las conferencias “Los Derechos Humanos en la Infancia. Sembrando Cultura Jurídica” en Torreón Coahuila En los días 2, 3, 4 y 6 del mes de julio del presente año, a solicitud de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, a través de su Casa de la Cultura Jurídica de Torreón, Coahuila, “Ministro Raúl Castellano Jiménez”, y por la valiosa intervención de la Oficina Foránea de Torreón, Coahuila de la CNDH, se impartió una serie de conferencias en aquella entidad sobre el tema “Los Derechos Humanos en la Infancia. Sembrando Cultura Jurídica”, para maestras y maestros de primarias, secundarias y preparatorias.

Lo anterior, en el marco de la reciente Ley General de los Derechos Humanos de Niñas, Niños y Adolescentes, para grupos de docentes, ya que es interés tanto de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como de los colegios, que las maestras y maestros estén actualizados sobre los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes, en especial, sobre la responsabilidad y las medidas a tomar en los casos de violencia escolar, respecto de los menores de edad involucrados, de sus familias y, en su caso, frente a las autoridades.

Como sabemos, el *Bullying* o Violencia Escolar es una problemática que afecta a millones de niñas, niños y adolescentes de primaria y secundaria principalmente, que se ha convertido en un problema de salud pública por las afectaciones serias que la violencia física, psicológica y sexual le causa a la infancia (aún con el hecho de sólo presenciaria), en detrimento a su derecho a gozar de un desarrollo sin violencia, y a llevar una vida digna y plena, para así tener mayor oportunidad de llegar a ser adultos felices y exitosos.

Impartición del taller “Derechos Humanos para Personas Adultas Mayores” en México, D. F. En cumplimiento al Convenio General de Colaboración Interinstitucional firmado entre este Organismo y el ISSSTE, los días 6 y 7 de julio del año en curso se impartió el Taller “Derechos Humanos para Personas Adultas Mayores”, en la Sala de Usos Múltiples de la Delegación Regional Zona Sur del ISSSTE en el Distrito Federal, ubicada en la Calle Gladiolas No. 158, Colonia Barrio San Pedro, Delegación Xochimilco, C. P. 16090.

La finalidad del Taller fue fortalecer la cultura de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores y promover su goce y ejercicio; así como actualizar y sensibilizar a los Servidores Públicos de la Delegación Regional Zona Sur del ISSSTE que trabajan con Adultos Mayores, promoviendo una cultura de buen trato.

En el desarrollo del Taller, los asistentes manifestaron su preocupación cuando se abordó el tema de la violencia económica, la mayoría compartió haber sido víctima de este tipo de violencia, pero mencionaron que no denunciaron ya que fueron sus propios hijos, nietos, nueras y/o yernos los que realizaron esta conducta, quienes son las personas de su entorno más cercano por lo que dependen emocionalmente de ellos, sin embargo, a las 74 personas asistentes se les comentó que existe una Agencia Especializada para la Atención de Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar.

Impartición de la conferencia “Los derechos humanos de las niñas, niños, adolescentes, jóvenes, adultos mayores y familia” en Manzanillo, Colima A invitación de la Universidad Tecnológica de Manzanillo se presentó la conferencia “Los derechos humanos de las niñas, niños, adolescentes, jóvenes, adultos mayores y familia”, del 8 al 10 de julio del presente.

El objetivo principal fue transversalizar el enfoque de género en las citadas actividades de promoción de los derechos humanos. Estudiantes de las distintas carreras de la UT de Manzanillo escucharon la importancia de conocer sus dere-

chos humanos, así como las instancias y mecanismos nacionales e internacionales para hacerlos valer en caso de que sean vulnerados, haciéndoles saber que desde niñas y niños, son titulares de derechos de acuerdo a la nueva Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes publicada en diciembre de 2014, la cual es acorde a la Convención sobre los Derechos del Niño.

Se les habló de la Reforma Constitucional en materia de Derechos Humanos, así como de los Tratados Internacionales que los protegen, como son las Convenciones Interamericana e Internacional sobre desaparición forzada de personas y la Convención sobre los Derechos del Niño, que consagra principios y estándares internacionales como el interés superior de la infancia.

Se hizo énfasis en las situaciones de riesgo que pueden enfrentar y las medidas de prevención que en su momento pueden tomar, así como los indicadores físicos, emocionales y conductuales que presentan las niñas y niños que viven situaciones extremas como el abuso sexual o la violencia familiar, invitándolos a tomar conciencia del impacto de estas situaciones en sus vidas y las medidas integrales que pueden adoptar para contrarrestar estos efectos, tanto jurídicas como de atención psicológica y médica, de ser necesario.

Al tiempo de indicarles que es fundamental que haya una actitud de cambio ante los paradigmas en situaciones de violencia familiar, así como tener presente el compromiso que debe de existir en cuanto a la relación de pareja, la cual debe de darse en un esquema de respeto, amor, afecto, respeto y con una sexualidad protegida, destacando la diferencia entre el perfil de los hombres y mujeres de antes, con el de las nuevas generaciones que no tienen el estigma de los estereotipos de género.

Se les sensibilizó sobre todas las aberraciones que actualmente sufren las niñas en el mundo y la necesidad de cambiar esas prácticas, debiendo impulsar cada quien desde sus posibilidades que las niñas y adolescentes accedan en igualdad de oportunidades a una educación de calidad.

Por otra parte, se les hizo hincapié en las situaciones de riesgo en las redes de delincuencia organizada transnacional que navegan en las redes sociales, en las que expertos diseñan estrategias para enganchar en el menor tiempo posible a niñas, niños, adolescentes y jóvenes para trata de personas y tráfico de órganos, entre otros delitos. Por ello, se exhortó a los estudiantes a considerar el internet como una herramienta de trabajo, estudio y entretenimiento, pero en la cual deben proteger su identidad y no acudir a citas con desconocidos que contacten por estos medios y volverse presa fácil de la delincuencia organizada.

**Impartición del curso-taller
“Prevención y Atención a la
Violencia Familiar”
en México, D. F.**

Para apoyar la actualización de servidoras y servidores públicos en materia de violencia familiar, los días 15 y 16 de julio, en las instalaciones del Centro de Estudios Tecnológicos núm. 108, se llevó a cabo un curso-taller, dirigido a docentes de dicha institución.

En la actividad participaron servidores públicos, quienes identifican la presencia de víctimas de violencia familiar en el espacio educativo, así como la influencia de este problema en las relaciones entre alumnos y sus pares y con las autoridades.

Durante los dos días de trabajo se desarrollaron dinámicas para favorecer el entendimiento de las causas que originan la violencia, sus manifestaciones, la tipología, sus ámbitos y consecuencias.

La prevención como estrategia necesaria para evitar el impacto negativo en quienes la viven y la presencian, también fue parte del curso, asimismo, se analizó la necesidad de contar con un perfil especializado para poder atender estos casos.

Con la finalidad de proporcionarles herramientas teórico-prácticas para la detección, prevención y atención de esta problemática, se realizó la exposición de temas como: derechos humanos, conceptos básicos en torno a la violencia, su tipología y ámbitos en que se presenta; marco jurídico de protección a las víctimas y obligaciones de servidoras y servidores públicos.

Al cierre de las actividades el público asistente manifestó que se habían cumplido sus expectativas, asimismo, que se habían sensibilizado aún más sobre esta problemática.

**Impartición de la conferencia
“Derechos Humanos:
un asunto de hombres,
la Masculinidad”
en México, D. F.**

A invitación del Instituto Electoral del Distrito Federal se disertó la Conferencia: “Derechos Humanos: Un asunto de hombres, la Masculinidad”, dirigido a servidoras y servidores públicos de dicha institución.

La masculinidad como constructo social fue analizada desde la óptica de género, asimismo se hizo referencia a las implicaciones que el ejercicio que una masculinidad prototípica y estereotipada tiene en las esferas de principal interés en la vida de los hombres, como son pareja, familia, salud, trabajo, violencia y paternidad.

El derecho de los hombres a elegir la masculinidad que decidan ejercer fue parte de la conclusión de esta actividad.

**Impartición de la plática
“Derechos Humanos
y Bullying”
en México, D. F.**

El 20 de julio del presente año, en el marco de la reciente Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, se impartieron pláticas sobre “Derechos Humanos y *Bullying*” a 575 niñas, niños y adolescentes divididos en 12 grupos, de entre cinco y 13 años de edad, hijos de trabajadores del ISSSTE. Previamente se les cuestionó a los grupos acerca de sus conocimientos sobre los derechos de las niñas, niños y adolescentes, y gratamente se pudo constatar que hasta los más pequeños tienen la idea de casi todos estos.

Las niñas, niños y adolescentes fueron muy participativos, varios de ellos hablaron de diversas experiencias de violencia escolar de sus familiares y amigos y aprendieron sobre situaciones de violencia escolar y de cómo resolverlas. Algunos señalaron que traían moretones en su cuerpo y que fueron amenazados para no hablar del asunto. Además de la violencia física, a su corta edad narraron casos de violencia psicológica como el ser excluidos de ciertos grupos por diversas causas.

Finalmente, se pudo apreciar que hay colegios en los que se toma la actitud errónea de ignorar los casos de violencia escolar por el temor de ser señalados como colegios donde la hay, ignorando que pueden llegar a incurrir en delitos penales al ser omisos en tomar las medidas necesarias para combatir la violencia escolar con la ayuda de los padres y madres de familia, de profesionistas psicólogos, y en el caso necesario acudiendo a las autoridades a denunciar los hechos de violencia escolar.

**Impartición del curso-taller
“Prevención y Protección de
Niños, Niñas y Adolescentes
Víctimas de Maltrato y
Conductas Sexuales, así como
Obligaciones y Derechos de los
Servidores Públicos”
en México, D. F.**

Para dar cumplimiento a la solicitud de la Dirección de Atención Médica de la Secretaría de Salud del D. F., se impartió el Curso-Taller de Prevención y Protección de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Maltrato y Conductas Sexuales, así como las Obligaciones y Derechos de los Servidores Públicos, en las Jurisdicciones Sanitarias de las delegaciones Cuajimalpa, Gustavo A. Madero, Cuauhtémoc e Iztacalco del 27 al 31 de julio del año en curso.

El objetivo fue abrir un espacio para difundir y promover los derechos humanos de la niñez y la adolescencia para vivir una vida libre de cualquier tipo de violencia, específicamente de la sexual, también de reflexión para la concientización y sensibilización de los servidores públicos como garantes de derechos humanos de niñas, niños y adolescentes de acuerdo a los artículos 1o. y 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, así como de la existencia del abuso sexual cometido en personas menores de 18 años de edad, propiciando con ello la prevención, protección y una cultura de denuncia.

Durante el desarrollo del curso se pudo observar que los asistentes desconocen la reforma al artículo 1o. constitucional y la existencia de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, además, que les genera temor el proporcionar atención a este sector de la población sin acompañamiento. Se logró transmitir lo importante que es la importancia de proteger los derechos de niñas, niños y adolescentes.

**Impartición del curso-taller
“Alienación Parental”
en Guadalajara, Jalisco**

A invitación de la Secretaría de Salud de Jalisco y con la finalidad de apoyar la actualización de servidoras y servidores públicos en materia de alienación parental, los días 30 y 31 de julio, en las instalaciones del Hospital Real San José, se llevó a cabo un curso-taller.

Diversas instituciones estuvieron representadas, entre ellas: Secretaría de Salud, Instituto Jalisciense de las Mujeres, Universidad Autónoma de Guadalajara, Procuraduría General de Justicia, entre otras, así como integrantes de Asociaciones Civiles interesadas en el tema.

La participación fue activa y mostró las inquietudes que surgen en diversos espacios como el Educativo, de Salud, Procuración e Impartición de Justicia, y en quienes atienden estas problemáticas en los Centros de Justicia Alternativa.

Formaron parte de los contenidos, módulos sobre Derechos Humanos de Niñas, Niños y Adolescentes; conceptos básicos en torno a la alienación parental; sus manifestaciones; asuntos en los que se presenta; sujetos de la relación; el impacto de estas conductas; y el marco jurídico de protección a nivel nacional e internacional.

Durante los dos días de trabajo se desarrollaron dinámicas para favorecer el entendimiento de las causas que originan la alienación parental, así como los síntomas que genera en quien vive esta problemática; retos que se enfrenta para desalentarla y atender a las personas involucradas en esta situación.

Al cierre de las actividades el público asistente manifestó que se habían cumplido sus expectativas.

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 O DEGRADANTES

Visitas de seguimiento y actividades de vinculación

- Espacio de oportunidad para el fortalecimiento del respeto de los Derechos Humanos y la Prevención de la tortura.
- Convenios de colaboración.
- Bases del Concurso de diseño de cartel para la prevención de la tortura en instituciones de reclusión del país

Visitas de supervisión penitenciaria para elaboración del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2015

- Aplicación del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria a 19 centros de reinserción social, en 4 estados de la República Mexicana

MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA

Visitas de seguimiento y actividades de vinculación

Con el propósito de promover estrategias de atención hacia la población privada de su libertad en lugares de detención e internamiento se realizaron visitas de seguimiento a 69 centros penitenciarios (varoniles, femeniles y de internamiento para menores que infringen la ley penal), a efecto de articular un plan de acción denominado “ESPACIO DE OPORTUNIDAD PARA EL FORTALECIMIENTO DEL RESPETO DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA PREVENCIÓN DE LA TORTURA”, el cual tiene como finalidad, crear puntos de convergencia al interior de los establecimientos para consolidar una cultura del respeto a los derechos humanos y prevención de la tortura entre los servidores públicos. Así también, se llevaron a cabo 17 reuniones de trabajo con autoridades responsables de centros penitenciarios en Baja California, Chihuahua, Distrito Federal, Estado de México y San Luis Potosí, Puebla, Tlaxcala, Morelos, Hidalgo, Querétaro, Tabasco, Nuevo León, Zacatecas, Aguascalientes, Jalisco y Nayarit, con las que se estableció de manera conjunta las acciones específicas a desarrollar.

a) Convenios de colaboración suscritos

Con el fin de establecer bases y mecanismos de colaboración para el desarrollo de actividades en materia de prevención de la tortura y el respeto de los derechos humanos, se firmaron dos convenios de colaboración con las siguientes instituciones:

CONVENIO GENERAL DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS QUE CELEBRAN LA COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS Y EL INSTITUTO PARA LA SEGURIDAD Y LA DEMOCRACIA, A. C. (INSYDE).	
Objeto:	Impulsar conjuntamente la Campaña Nacional para Prevenir la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes, a partir de un programa de capacitación a distancia denominado “Derechos Humanos y Prevención de la Tortura”, dirigido principalmente a servidores públicos de centros penitenciarios y de tratamiento en internación para menores de edad que infringen la ley y de organismos públicos de derechos humanos en el país.
Fecha:	1 de julio de 2015.

CONVENIO GENERAL DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS QUE CELEBRAN LA COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS Y EL INSTITUTO BRASILEÑO DE DERECHOS HUMANOS, A. C.	
Objeto:	Realizar acciones conjuntas encaminadas a promover el estudio, análisis e investigación en materia de derechos humanos, especialmente entre México y Brasil, asimismo para realizar actividades comunes enmarcadas en la conmemoración del XXV Aniversario de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
Fecha:	9 de julio de 2015.

b) Bases del Concurso de diseño de cartel para la prevención de la tortura en instituciones de detención del país

Con el objetivo de propiciar procesos de sensibilización entre servidores públicos del sistema penitenciario nacional sobre la importancia del respeto de los derechos humanos y la prevención de la tortura se convocó autoridades de las entidades de la República a organizar el “Concurso de diseño de cartel para la prevención de la tortura en instituciones de detención del país”, el cual se sujetará a las siguientes bases:

1. Podrá participar en forma individual o colectiva el personal adscrito a centros penitenciarios para adultos (varoniles y femeniles); centros de tratamiento en internamiento para adolescentes que infringen la ley penal; y, centros de detención en general.
2. Sólo se presentará una obra por establecimiento o lugar de detención, el cual deberá ser original e inédita.
3. El cartel se presentará en formato digital (CD), formato jpeg. o jpg.
4. Las obras se presentarán firmadas por el autor anexando datos para su identificación.
5. Los titulares de las instituciones estatales y del Distrito Federal, convocarán a su personal para participar en un concurso interno por institución y elijan en cada uno al ganador.
6. El cartel ganador de cada centro deberá ser enviado a la CNDH antes del 15 de noviembre de 2015, al correo electrónico concursodiseñodecart@cndh.org.mx.
7. Las obras recibidas pasarán a ser propiedad de la CNDH, quien adquirirá sobre ellas plenos derechos de utilización, reproducción y difusión.
8. La CNDH entregará diploma de participación y paquete de libros a los autores de las obras recibidas.
9. Se entregarán reconocimientos a la institución y a los responsables de los establecimientos participantes.

Visitas de supervisión penitenciaria para la elaboración del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2015

	ENTIDAD FEDERATIVA	LUGAR
Del 6 al 10 de julio	Campeche	Ciudad del Carmen y San Francisco Koben.
	Chiapas	San Cristóbal, Cintalapa, Tapachula.
	Hidalgo	Actopan, Pachuca, Tula de Allende, Tulancingo.
	Sinaloa	Culiacán, Guasave, Los Mochis, Mazatlán.
	Zacatecas	Cieneguillas, Fresnillo, Ojo Caliente.

Durante el 6 al 10 de julio de 2015, servidores públicos adscritos a la Tercera Visitaduría General, realizaron visitas a centros de reclusión con objeto de llevar a cabo la aplicación del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2015, visitando 19 centros, ubicados en los Estados de Campeche, Chiapas, Hidalgo, Sinaloa y Zacatecas, para un total de cinco estados visitados, en cuyos centros se encontró una población total de 17,866 internos (1,048 mujeres y 16,818 hombres); tal y como se describe a continuación:

ENTIDAD	CENTRO PENITENCIARIO	POBLACIÓN		TOTAL
		HOMBRES	MUJERES	
Campeche	Centro de Reinserción Social de Cd. del Carmen.	305	13	318
	Centro de Reinserción Social de San Francisco Koben.	1,211	61	1,272
Chiapas	Centro Estatal para la Reinserción Social de Sentenciados No. 5 San Cristóbal de las Casas.	364	63	427
	Centro de Reinserción Social de Sentenciados No. 14 El Amate.	2,117	219	2,336
	Centro Estatal para la Reinserción Social de Sentenciados No. 3 Tapachula	1,218	0	1,218
	Centro Estatal para la Reinserción Social de Sentenciadas No. 4 Tapachula.	0	73	73
Hidalgo	Centro de Reinserción Social de Actopan.	156	2	158
	Centro de Reinserción Social de Pachuca.	1,283	146	1,429
	Centro de Reinserción Social de Tula.	570	38	608
	Centro de Reinserción Social de Tulancingo.	510	48	558
Sinaloa	Centro de Ejecución de las Consecuencias Jurídicas del Delito de Los Mochis.	2,143	87	2,230
	Centro Federal de Readaptación Social Número 8 Nor-Poniente.	446	0	446
	Centro de Ejecución de las Consecuencias Jurídicas del Delito de Mazatlán.	2,103	123	2,226
	Centro de Ejecución del Consecuencias Jurídicas del Delito de Culiacán.	3,040	93	3,133
	Prisión Militar en la III Región Militar.	176	0	176
Zacatecas	Centro Regional de Reinserción Social de Fresnillo Zacatecas.	260	1	261
	Establecimiento Penitenciario Distrital de Ojo Caliente Zacatecas.	37	0	37
	Centro Estatal de Reinserción Social Femenil Cieneguillas Zacatecas.	0	81	81
	Centro Estatal de Reinserción Social Varonil Cieneguillas Zacatecas.	879	0	879
Total		16,818	1,048	17,866

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 ello, personal de este Organismo Nacional, se dio a la tarea de impartir un total de cinco pláticas en: Campeche, Chiapas, Hidalgo, Sinaloa y Zacatecas sobre la aplicación del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2015, mismos que se detallan a continuación:

NO.	ENTIDAD	ORGANISMO	PERSONAL CAPACITADO		TOTAL
			MUJERES	HOMBRES	
1	Campeche	Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Campeche.	2	3	5
2	Chiapas	Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chiapas.	3	3	6
3	Hidalgo	Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo.	1	5	6
4	Sinaloa	Comisión Estatal de los Derechos Humanos del Estado de Sinaloa.	3	2	5
5	Zacatecas	Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas.	0	1	1
Total			9	14	23

CUARTA VISITADURÍA GENERAL**DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DE LOS PUEBLOS Y COMUNIDADES INDÍGENAS**

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

Este esfuerzo se ha dirigido principalmente a las entidades federativas en cuyo territorio se asientan representativamente 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, además de instituciones directamente vinculadas al tema indígena. A continuación se resumen:

- 1) 6 de julio, plática sobre Derechos Humanos, Discriminación e Interculturalidad, con estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica No. 36 “Revolución”, de la localidad de Prieto Crispín, perteneciente al municipio de Tepic, Nayarit, a la cual asistieron 65 alumnos de 1° A y B de secundaria, 32 mujeres y 33 hombres.
- 2) 6 de julio, plática sobre Derechos Humanos, Discriminación e Interculturalidad, con estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica No. 36 “Revolución”, de la localidad de Prieto Crispín, perteneciente al municipio de Tepic, Nayarit, a la cual asistieron 61 alumnos de 1° C y D de secundaria, 30 mujeres y 31 hombres.
- 3) 6 de julio, plática sobre Derechos Humanos, Discriminación e Interculturalidad, con estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica No. 36 “Revolución”, de la localidad de Prieto Crispín, perteneciente al municipio de Tepic, Nayarit, a la cual asistieron 82 alumnos de 2° A y B de secundaria, 40 mujeres y 42 hombres.
- 4) 6 de julio, plática sobre Derechos Humanos, Discriminación e Interculturalidad, con estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica No. 36 “Revolución”, de la localidad de Prieto Crispín, perteneciente al municipio de Tepic, Nayarit, a la cual asistieron 76 alumnos de 2° C y D de secundaria, 34 mujeres y 42 hombres.
- 5) 6 de julio, plática sobre Derechos Humanos, Discriminación e Interculturalidad, con estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica No. 36 “Revolución”, de la localidad de Prieto Crispín, perteneciente al municipio de Tepic, Nayarit, a la cual asistieron 58 alumnos de 3° A y B de secundaria, 37 mujeres y 21 hombres.
- 6) 6 de julio, plática sobre Derechos Humanos, Discriminación e Interculturalidad, con estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica No. 36 “Revolución”, de la localidad de Prieto Crispín, perteneciente al municipio de Tepic, Nayarit, a la cual asistieron 62 alumnos de 3° C y D de secundaria, 41 mujeres y 21 hombres.
- 7) 6 de julio, plática sobre Derechos de la Niñez Indígena con niños y niñas de la Escuela Primaria “Huye-Maitsika” en la comunidad de 3 de julio del municipio de Tepic, Nayarit, con la participación de 21 niñas y 10 niños para un total de 31 estudiantes de 2° de primaria.
- 8) 6 de julio, plática sobre Derechos de la Niñez Indígena con niños y niñas de la Escuela Primaria “Huye-Maitsika” en la comunidad de 3 de julio del municipio de Tepic, Nayarit, con la participación de 24 niñas y 38 niños para un total de 62 estudiantes de 4°, 5° y 6° de primaria.
- 9) 6 de julio, plática sobre Derechos de la Niñez Indígena con niños y niñas de la Escuela Primaria “Y+rame” en la comunidad de Nuevo Valey, del municipio de Tepic, Nayarit, con la participación de 42 niñas y 43 niños para un total de 85 estudiantes de 1°, 2° y 3° de primaria.
- 10) 6 de julio, plática sobre Derechos de la Niñez Indígena con niños y niñas de la Escuela Primaria “Y+rame” en la comunidad de Nuevo Valey, del municipio de Tepic, Nayarit, con la participación de 33 niñas y 33 niños para un total de 66 estudiantes de 4°, 5° y 6° de primaria.
- 11) 6 de julio, plática sobre Derechos Humanos, Discriminación e Interculturalidad, con estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica No. 36 “Revolución” (Turno Vespertino), de la localidad de Prieto Crispín, perteneciente al municipio de Tepic, Nayarit, a la cual asistieron 29 alumnos de 3° A de secundaria, 18 mujeres y 11 hombres.
- 12) 6 de julio, plática sobre Derechos Humanos, Discriminación e Interculturalidad, con estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica No. 36 “Revolución” (Turno Vespertino), de la localidad de Prieto Crispín, perteneciente al municipio de Tepic, Nayarit, a la cual asistieron 35 alumnos de 3° B de secundaria, 19 mujeres y 16 hombres.

- 13) 6 de julio, plática sobre Derechos Humanos, Discriminación e Interculturalidad, con estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica No. 36 “Revolución” (Turno Vespertino), de la localidad de Prieto Crispín, perteneciente al municipio de Tepic, Nayarit, a la cual asistieron 61 alumnos de 1° G y H de secundaria, 30 mujeres y 31 hombres.
- 14) 6 de julio, plática sobre Derechos Humanos, Discriminación e Interculturalidad, con estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica No. 36 “Revolución” (Turno Vespertino), de la localidad de Prieto Crispín, perteneciente al municipio de Tepic, Nayarit, a la cual asistieron 51 alumnos de 2° G y H de secundaria, 23 mujeres y 28 hombres.
- 15) 6 de julio, plática sobre Derechos Humanos, Discriminación e Interculturalidad, con estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica No. 36 “Revolución” (Turno Vespertino), de la localidad de Prieto Crispín, perteneciente al municipio de Tepic, Nayarit, a la cual asistieron 57 alumnos de 3° G y H de secundaria, 25 mujeres y 32 hombres.
- 16) 7 de julio, plática sobre Derechos de la Niñez Indígena con niños y niñas de la Escuela Primaria “Tenochtitlán” en la comunidad de Las Blancas, del municipio de Tepic, Nayarit, con la participación de 13 niñas y 18 niños para un total de 31 estudiantes de 1°, 2° y 3° de primaria.
- 17) 7 de julio, plática sobre Derechos de la Niñez Indígena con niños y niñas de la Escuela Primaria “Tenochtitlán” en la comunidad de Las Blancas, del municipio de Tepic, Nayarit, con la participación de 16 niñas y 16 niños para un total de 32 estudiantes de 4°, 5° y 6° de primaria.
- 18) 7 de julio, plática sobre Derechos de la Niñez Indígena con niños y niñas de la Escuela Primaria “Francisco Larroyo” en la comunidad de Jesús María Corte, del municipio de Tepic, Nayarit, con la participación de 17 niñas y 19 niños para un total de 36 estudiantes de 1°, 2°, 3° y 4° de primaria.
- 19) 7 de julio, plática sobre Derechos de la Niñez Indígena con niños y niñas de la Escuela Primaria “Francisco Larroyo” en la comunidad de Jesús María Corte, del municipio de Tepic, Nayarit, con la participación de 13 niñas y 15 niños para un total de 28 estudiantes de 5° y 6° de primaria.
- 20) 7 de julio, plática sobre Derechos de la Niñez Indígena con niños y niñas de la Escuela Primaria “Nacahue” en la comunidad de Salvador Allende, del municipio de Tepic, Nayarit, con la participación de 11 niñas y 11 niños para un total de 22 estudiantes de 1° y 2° de primaria.
- 21) 7 de julio, plática sobre Derechos de la Niñez Indígena con niños y niñas de la Escuela Primaria “Nacahue” en la comunidad de Salvador Allende, del municipio de Tepic, Nayarit, con la participación de 9 niñas y 16 niños para un total de 25 estudiantes de 3° y 4° de primaria.
- 22) 7 de julio, plática sobre Derechos de la Niñez Indígena con niños y niñas de la Escuela Primaria “Nacahue” en la comunidad de Salvador Allende, del municipio de Tepic, Nayarit, con la participación de 10 niñas y 4 niños para un total de 14 estudiantes de 5° y 6° de primaria.
- 23) 8 de julio, Conversatorio “Principales Violaciones a los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas y Propuestas de Solución” realizado en el Salón María Magdalena ubicado en la ciudad de Tepic, Nayarit, con una asistencia de 76 personas, 39 mujeres y 37 hombres indígenas provenientes de 9 municipios del estado.

PROGRAMA DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE INDÍGENAS EN RECLUSIÓN

En el marco del Programa de Protección de los Derechos Humanos de Indígenas en Reclusión, se visitaron diversos centros de reinserción social que cuentan con población indígena y cuyas actividades se reflejan en el siguiente cuadro:

ENTIDAD FEDERATIVA	FECHA	NOMBRE DEL CENTRO DE RECLUSIÓN	ORIENTACIONES	PETICIONES	INTERNOS ENTREVISTADOS
Morelos	3 de julio	Centro Estatal de Reinserción Social Morelos	50	40	50
Totales			50	40	50

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

Durante el mes de julio del año en curso, se llevaron a cabo seis actividades de promoción y capacitación a las que asistieron 395 personas; 248 mujeres y 147 hombres, mismas que a continuación se describen:

- 9 de julio, seminario: “La construcción social de la violencia contra las mujeres”. Toluca, Estado de México. Total 221 personas asistentes; 119 mujeres y 102 hombres, servidoras/es públicos estatales, alumnas/os de nivel superior e integrantes de organizaciones de la sociedad civil; actividad realizada en coordinación con la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, en el marco de la campaña “ÚNETE por los derechos humanos para eliminar la violencia contra las mujeres en México”.
- 28 de julio, taller: “Introducción a principios básicos de género”. Querétaro, Querétaro. Total 26 personas asistentes; 18 mujeres y ocho hombres, servidoras/es públicos de la Defensoría de los Derechos Humanos de Querétaro.
- 28 de julio, taller: “Introducción a los derechos humanos con perspectiva de género”. Querétaro, Querétaro. Total 26 personas asistentes; 18 mujeres y ocho hombres, servidoras/es públicos de la Defensoría de los Derechos Humanos de Querétaro.
- 29 de julio, taller: “Introducción a la violencia de género”. Querétaro, Querétaro. Total 17 personas asistentes; 14 mujeres y tres hombres, servidoras/es públicos de la Defensoría de los Derechos Humanos de Querétaro.
- 29 de julio, taller: “Masculinidades”. Querétaro, Querétaro. Total 17 personas asistentes; 14 mujeres y tres hombres, servidoras/es públicos de la Defensoría de los Derechos Humanos de Querétaro.
- 30 de julio, conferencia: “Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas: reproducción elegida y parto tradicional humanizado”. Álvaro Obregón, Distrito Federal. Total 88 personas asistentes; 65 mujeres y 23 hombres, servidoras/es públicos federales y alumnas/os de nivel superior, actividad realizada en coordinación con la Unidad de Igualdad de Género de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y el Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el marco del Primer Ciclo de Conferencias “Elvia Carrillo Puerto” sobre el derecho a la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

QUINTA VISITADURÍA GENERAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN A MIGRANTES

Impartición del taller “Conociendo los derechos humanos en la migración”, en México, D. F. Los días 9 y 10 de julio de 2015 se impartió en el Distrito Federal el curso denominado “Conociendo los derechos humanos en la migración”, dirigido a personas en contextos de movilidad con la finalidad de hacerles saber sus derechos al estar en territorio mexicano. Con este curso se logró impactar a un total de 79 personas en situación de migración.

PROGRAMA CONTRA LA TRATA DE PERSONAS

Impartición del taller “Prevención de la trata de personas” en México, D. F. El 3 de julio, el Programa contra la Trata de Personas impartió el taller “Prevención de la trata de personas”, dirigido a miembros de organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la prevención de este delito y la atención a las víctimas de trata, con la finalidad de proporcionar a los asistentes las herramientas suficientes para la prevención del delito de trata de personas. Tuvo una duración de cuatro horas. Contó con un aforo de 36 personas.

**Impartición del taller
“Actualización jurídica en el
delito de trata de personas”
en Comitán de Domínguez,
Chiapas**

El 8 de julio, el Programa contra la Trata de Personas impartió el taller “Actualización jurídica en el delito de trata de personas”, en colaboración con el Tribunal Superior de Justicia del estado de Chiapas, dirigido a personal de dicho Tribunal con el objeto de proporcionar a las y los servidores públicos, las herramientas jurídicas fundamentales para la atención de posibles casos de víctimas de trata y explotación de las personas, conforme a los nuevos retos que se establecen en la legislación vigente en la materia. Tuvo una duración de cuatro horas. Contó con un aforo de 63 personas.

**Impartición del taller
“Actualización jurídica en el
delito de trata de personas”
en San Cristóbal de las Casas,
Chiapas**

El 9 de julio, el Programa contra la Trata de Personas impartió el taller “Actualización jurídica en el delito de trata de personas”, en colaboración con el Tribunal Superior de Justicia del estado de Chiapas, dirigido a personal de dicho Tribunal con el objeto de proporcionar a las y los servidores públicos, las herramientas jurídicas fundamentales para la atención de posibles casos de víctimas de trata y explotación de las personas, conforme a los nuevos retos que se establecen en la legislación vigente en la materia. Tuvo una duración de cuatro horas. Contó con un aforo de 71 personas.

**Encuentro Regional contra
la Trata de Personas: Avances
y perspectivas
en México, D. F.**

El 30 y 31 de julio, se llevó a cabo el “Encuentro Regional contra la Trata de Personas: Avances y perspectivas” en colaboración con Comisión Intersecretarial para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en el marco del Día Mundial contra la Trata de Personas, con la finalidad de compartir buenas prácticas relacionadas con la atención de las víctimas y las estrategias para la persecución e investigación de la trata de personas desde una perspectiva de derechos humanos.

SEXTA VISITADURÍA GENERAL

Durante el mes de julio de 2015, la Sexta Visitaduría General llevó a cabo diversas actividades de promoción y difusión de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales dirigidas a un amplio número de sectores tales como funcionarios públicos, estudiantes universitarios, investigadores y organizaciones de la sociedad civil.

**Impartición de la Conferencia
“Impacto jurídico de la reforma
constitucional de derechos
humanos”**

En el marco del Convenio General de Colaboración que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y el Instituto del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores (INFONAVIT) suscribieron en mayo de 2015, la Sexta Visitaduría General impartió a funcionarios del citado Instituto la Conferencia denominada “Impacto jurídico de la reforma constitucional de derechos humanos” con el objetivo de acercarles el conocimiento necesario para que en el ámbito de sus competencias, coadyuven a la promoción, respeto, protección y garantía de los derechos humanos. La cita se dio el 2 de julio en las oficinas centrales del INFONAVIT, Delegación Magdalena Contreras de la Ciudad de México.

**Realización del Taller “Derechos
humanos y medio ambiente”**

A través del Taller “Derechos humanos y medio ambiente” se brindó capacitación a funcionarios de la Comisión Nacional de Áreas Naturales Protegidas (CONANP) sobre la evolución y situación actual del derecho ambiental y los derechos humanos y el vínculo entre éstos y el medio ambiente en el contexto de las áreas naturales protegidas. El encuentro tuvo lugar el 23 de julio en las oficinas centrales de la CONANP en la Ciudad de México.

Vinculación con instituciones de educación superior y organizaciones de la sociedad civil Con miras a llevar a cabo eventos conjuntos de promoción de derechos humanos económicos, sociales, culturales y ambientales, la Sexta Visitaduría General sostuvo encuentros con la Red del Agua y la Coordinación de Estudios de Posgrado, ambas, de la Universidad Nacional Autónoma de México así como con la organización de jóvenes Global Next Leaders Forum.

Difusión de materiales de concientización Durante el mes de julio de 2015, se distribuyeron un total de 18,000 ejemplares de las cartillas intituladas “El derecho humano al agua potable y saneamiento” y “El derecho humano al medio ambiente sano para el desarrollo y bienestar”, así como del folleto “Derecho humano al medio ambiente sano para el desarrollo y bienestar y al agua potable y saneamiento”, a diversas autoridades ambientales del Estado de Guanajuato. Con ello se busca sensibilizar a funcionarios públicos y población en general sobre la importancia de consolidar una cultura de respeto a estos derechos.

CENTRO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

I. Actividades del personal académico:

a) Productos académicos entregados:

Artículos

- Producción de megaproyectos de desarrollo en México desde la perspectiva de los Derechos Humanos.

Cartillas

- *Los antecedentes de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.*
- *La Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la Constitución.*
- *México y el Sistema Interamericano de Derechos Humanos.*
- *Los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad de los Derechos Humanos.*

b) Claustro Académico: En el marco del Claustro celebrado el jueves 9 de julio, se discutieron los aspectos relativos a la organización del Conversatorio denominado “Intercambio de experiencias México-Colombia: avances en derechos humanos”, en el cual participaron como ponentes todos los investigadores del CENADEH.

c) Conferencias y cursos de docencia impartidos por personal académico del CENADEH:*

TIPO DE ACTIVIDAD	ENTIDAD FEDERATIVA	NÚMERO DE ACTIVIDADES	PARTICIPANTES		
			MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Conferencia	Nuevo León	1	15	3	18
Presentación de libro	Michoacán	1	118	180	298
Maestría	Yucatán	1	11	3	14
Total		3	144	186	330

* El módulo de Nuevo León abordó el tema de “Los derechos humanos de las mujeres indígenas mexicanas, una revisión al marco normativo”; la presentación del libro de Morelia, Michoacán se tituló “Votos particulares de la Corte Interamericana de Derechos Humanos”, realizada en el marco del Tercer Foro Nacional de Derechos Humanos y Seguridad Pública. Por último, la materia impartida en la maestría de Derechos Humanos de Mérida, Yucatán fue sobre los Derechos Humanos y Derechos Indígenas.

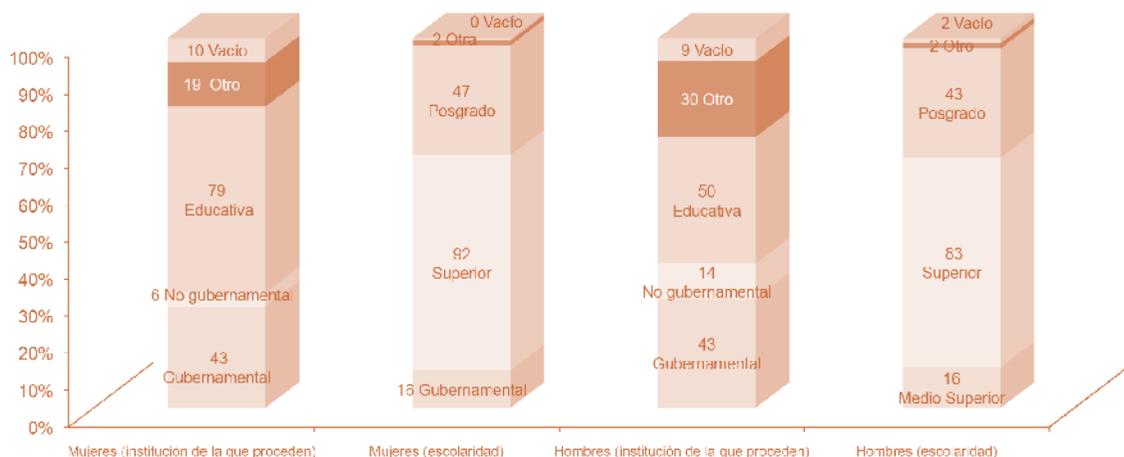
II. Programas de formación académica del CENADEH

TIPO DE PROGRAMA	ACTIVIDAD REALIZADA	NÚMERO DE PARTICIPANTES	GÉNERO
Becarios 2015	Entrega de los informes mensuales con los avances respectivos de las tesis de investigación.	5	Dos mujeres y tres hombres
Programa de tutorías	Se realizó la asesoría de los alumnos inscritos en el Programa del Doctorado en Derechos Humanos.	2	Una mujer y un hombre
Total		7	Tres mujeres y cuatro hombres

III. Eventos organizados por el CENADEH

EVENTO	TEMA Y CONFERENCISTA	PARTICIPANTES	PARTICIPANTES POR GÉNERO
Ciclo de Conferencias	“Control de Convencionalidad”. Ponentes: Dra. Susana Albanese, Profesora Titular de la Universidad de Buenos Aires	116	54 mujeres y 62 hombres
Conversatorio “Intercambio de experiencias México-Colombia: avances en derechos humanos”	Se discutieron los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> • Dinámicas de los DD.HH en México y Colombia. • Sistema Interamericano de los Derechos Humanos. • Protagonismo de organizaciones sociales, comunitarias y políticas en la defensa de los DD.HH. • Propuestas sociales y comunitarias innovadoras para el proceso de postconflicto. • Avances en materia de Justicia Transicional. • Plataformas de reparación y restablecimiento de los DD.HH. • Políticas públicas estratégicas para fortalecer las garantías de no repetición. • Desarrollo urbano-regional para la Paz. 	187	103 mujeres y 84 hombres
	<ul style="list-style-type: none"> • Desplazamiento forzado interno. • Territorios diseñados para la paz, centralización policial y gendarmería. Participaron: Juan Carlos Naranjo, Doris Cristina Restrepo, Santiago Murillo Arrubla, Elkin Gallego y Jaime Ramírez.		
Gran total		303	157 mujeres y 146 hombres

GRADO EDUCATIVO E INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA DE LOS ASISTENTES



En el mes de julio, se continuó con el Proyecto de Cine-Diálogo, mediante el cual se transmitieron las siguientes películas que fueron debatidas por el público y su respectivo comentarista:

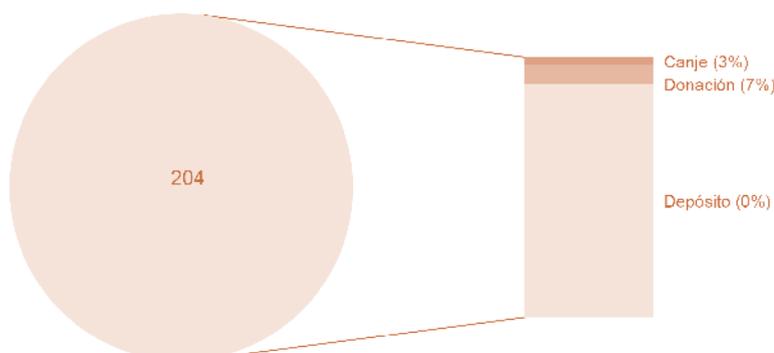
EVENTO	TEMA Y PELÍCULA	ASISTENTES	GÉNERO
Cine-Diálogo	Proyección de la Película “La Clase” con el tema de Educación y Derechos Humanos. Comentarista: Mtro. Arturo Larios Díaz, Investigador del CENADEH.	14	Siete mujeres y siete hombres
	Proyección de la Película: “Dos días, una noche” con el debate del tema Perspectiva de género. Comentarista: Mtra. Mireya Castañeda Hernández, Investigadora del CENADEH.	8	Dos mujeres y seis hombres
Total		22	Nueve mujeres y 13 hombres

IV. Centro de Documentación y Biblioteca

a) Incremento del Acervo (Biblioteca)

En el mes que se informa, el acervo de la Biblioteca se incrementó con 204 volúmenes, generándose un total de 23,360 títulos y 48,534 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.

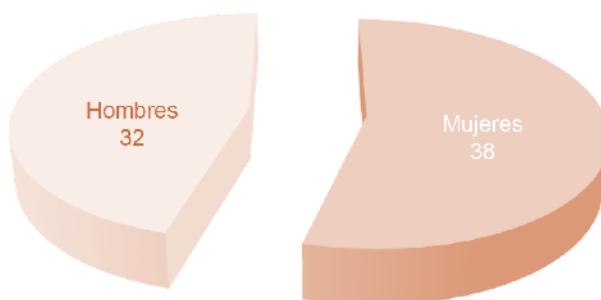
MODALIDADES DEL INCREMENTO DEL ACERVO



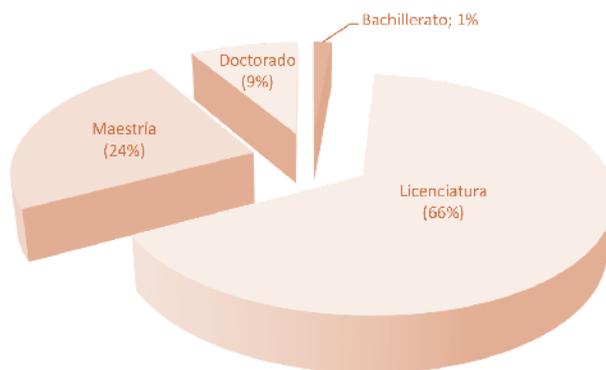
b) Actividades realizadas en el Centro de Documentación y Biblioteca

TIPO DE ACTIVIDAD	NÚMERO
Acciones del incremento del acervo	571
Incremento del Guión de distribución de la <i>Gaceta</i> a Bibliotecas (Convenio de canje y donación)	0
Usuarios y Préstamos	317
Consultas a la base de datos	973
Total	1,861

USUARIOS POR GÉNERO



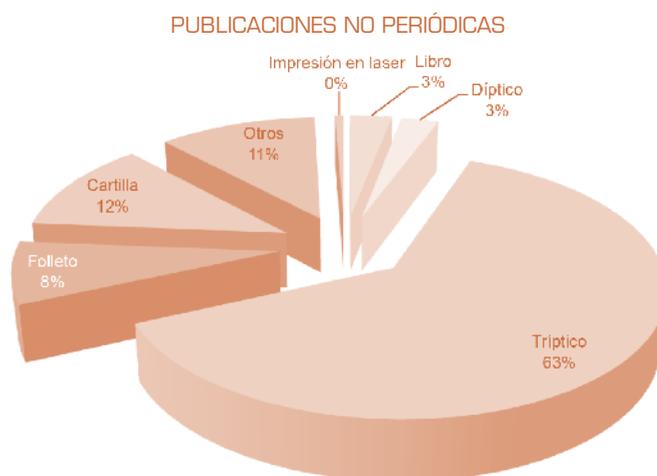
NIVEL DE ESCOLARIDAD DE USUARIOS DE LA BIBLIOTECA



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 al periodo mensual.

TIPO DE PUBLICACIONES	TIRAJE
Periódicas	
Revista	6,000
No periódicas	
Libro	8,000
Díptico	7,000
Tríptico	165,500
Folleto	21,000
Cartilla	31,000
Otros	30,000
Impresión en láser	1,590
Gran total	270,090



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 repartidas al interior y exterior de la CNDH:

DISTRIBUCIÓN	
Interna 12,639	Externa 80,995
Total: 93,634	

Nota: el número total distribuido incluye no sólo el material editado durante el periodo reportado, sino también de aquellos que se encontraban en almacén. Asimismo, la cantidad interna también hace referencia a los materiales que son obsequiados a los ponentes que participan en los eventos de difusión organizados por el mismo Centro. Algunas de las instituciones a las que el CENADEH distribuyó materiales directamente fueron: Universidad Autónoma de Querétaro, Asociación Otomí, Cámara de Senadores, Cámara de Diputados, Tribunal Electoral del Distrito Federal, entre otras.



GACETA 300 • JUL • 2015
Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Sobre la violación a los derechos a la intimidad, seguridad jurídica e interés superior del menor en agravio de los alumnos y alumnas del sexto año, de un CE1

Síntesis

1. El 21 de marzo de 2014, la Comisión Nacional recibió el escrito de queja de V1, en el cual se señaló que el 14 de marzo de 2014, aproximadamente a las 19:00 horas, mientras AR1 impartía clases en el aula 5 al grupo de sexto año del CE1, un Centro de Educación Media Superior en el Distrito Federal perteneciente a la SEP, la alumna 1 reportó que le habían robado su teléfono celular. Ante esta situación, bajo la supervisión y autorización de AR1 y contando con el consentimiento del grupo, la alumna 1, con ayuda de AR1, comenzó a buscar su teléfono celular, revisando entre las cosas personales y mochilas de todos los alumnos. Al no encontrarlo, se procedió a realizar una inspección corporal; la alumna 1 revisó físicamente a todas las alumnas y el alumno V6, inspeccionó a los alumnos varones, sin embargo, el teléfono celular no apareció.
2. Después, AR1 solicitó apoyo de AR2, quien separó a V1, V2, V3, V4, V5 y V6, los alumnos varones y los llevó al aula 6 que se encontraba vacía, donde ordenó que se quitaran los zapatos y se desvistieran para encontrar el teléfono celular, quedándose en ropa interior.
3. La Comisión Nacional llevó a cabo diversas diligencias para integrar el expediente en mención a partir de los cuales acreditó la violación a los derechos a la intimidad, a la seguridad jurídica y al interés superior del menor en agravio de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9 y V10 por parte de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5.
4. Respecto al derecho a la intimidad la Recomendación estableció que uno de sus componentes es la intimidad corporal, la cual debe de estar exenta de cualquier tipo de revisión, exhibición o intromisión arbitraria. Cualquier exhibición, injerencia o revisión total o parcial del cuerpo por un tercero debe ser consentido y encontrarse justificado, y en el caso de menores de edad, tal protección debe estar fortalecida, ya que si bien no es un derecho absoluto deben estar bien reglamentados los casos en los que una situación de esta naturaleza está justificada. AR1 violó el derecho a la intimidad personal en tanto que consintió que se revisaran las mochilas y cosas personales de los alumnos y con su permiso, durante las revisiones corporales, los alumnos tuvieron contacto íntimo corporal; AR2 ordenó que los alumnos varones se desvistieran públicamente; todo ello con el objeto de encontrar un aparato celular. Estos actos son injerencias arbitrarias en agravio de los alumnos y alumnas.
5. En segundo lugar, el derecho a la seguridad jurídica fue violentado ya que AR1 y AR2 no aplicaron lo dispuesto por el Reglamento Interno del plantel relativo al "Procedimiento de Manejo de Incidencias" de acuerdo con el cual al existir una incidencia y dependiendo de la gravedad, el prefecto, en este caso AR3, debía entrar en un primer contacto con los alumnos y, en caso de ser necesario, se debió presentar con el Jefe de Prefectos, para que éste último determinara si la situación ameritaba un reporte formal en donde se inicia un diálogo con el estudiante y se elabora una carta compromiso, un citatorio al padre de familia, una suspensión, una carta condicional o un citatorio grupal.
6. Por el contrario, AR1 y AR2, ejecutaron medidas que no estaban dentro de sus facultades, que no solamente fueron violatorias a derechos humanos sino también irregulares, pues no se encontraban previamente establecidas. Por su parte, AR3 también resultó responsable por la indebida prestación del servicio público al inobservar este procedimiento y conducirse pasivamente ante lo ocurrido. La inobservancia de la normatividad aplicable culminó en la implementación de un procedimiento arbitrario. La actuación de la autoridad bajo el contexto de las instituciones educativas debe estar precedida de un debido proceso, de los derechos humanos de los educandos y en concordancia con el sistema jurídico nacional, con plena observancia de una educación integral.
7. AR4 y AR5 resultaron responsables en tanto que violentaron la Ley General de Educación que les ordena que al tener conocimiento de la comisión de un delito en agravio de los educandos deben hacerlo del conocimiento inmediato de la autoridad correspondiente, si bien ambos notificaron al Órgano Interno de Control de la SEP, no informaron a la autoridad ministerial los hechos imputables a AR2.
8. En tercer lugar, se violó el interés superior del niño en su triple concepto: como un derecho sustantivo, un principio jurídico interpretativo fundamental y como una norma de procedimiento también fue violentado. Ello porque V1, V5, V7 y V9 eran

menores de edad. La protección al derecho a la propiedad del teléfono celular de la alumna 1 fue colocada por encima y en perjuicio del derecho a la intimidad y seguridad jurídica del resto de las alumnas y los alumnos, lo cual culminó en una afectación al interés superior de la niñez como derecho; el interés superior de la niñez, como principio, fue violentado pues no se valoró si las medidas implementadas conducían y protegían el mejor interés superior de los alumnos y si se garantizaba su desarrollo; por último el interés superior de la niñez, como norma de procedimiento, debido a que, para la implementación de las multicitadas medidas, AR1 ni AR2 consideraron que éstas no eran protectoras, ni aseguraban un entorno sano o seguro. Tampoco consideraron que podrían generar una situación en la que los estudiantes se sintieran incómodos o avergonzados al tener que dejarse tocar, mostrar o exhibir su cuerpo sin su libre consentimiento y que si se llevaba a cabo de

manera pública, y no de forma individual y privada, les podría causar un perjuicio al derecho fundamental al buen nombre.

9. Por lo anterior se dirigieron al Secretario de Educación Pública las siguientes recomendaciones: se otorgue atención psicológica a todas las víctimas, se emitan disposiciones normativas para prever situaciones como el robo o extravío de objetos, inspecciones corporales y revisión de pertenencias en los planteles educativos; se capacite a todo el personal docente del Centro en donde ocurrieron los hechos y se difunda dicha información a través de medios electrónicos; se colabore con la Comisión Nacional en el trámite de investigación administrativa ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Educación Pública, en contra de los servidores públicos que intervinieron en los hechos y se colabore con la Comisión Nacional en el seguimiento e inscripción de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9 y V10 en el Registro Nacional de Víctimas.

México, D.F., a 24 de julio de 2015

Sobre la violación a los derechos a la intimidad, seguridad jurídica e interés superior del menor en agravio de los alumnos y alumnas del sexto año, de un CE1

Lic. Emilio Chuayffet Chemor
Secretario de Educación Pública

Distinguido Secretario:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1o., párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B, párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1o., 3o., primer párrafo, 6o., 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 y 128, 129, 130, 131, 132, 133, 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/2/2014/2263/Q, relacionado con el caso sobre la violación a la intimidad, seguridad jurídica e interés superior del niño en agravio de los alumnos y alumnas del sexto año, de un CE1.
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 omite su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4o., párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno. Dichos datos se hacen del conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, previo el compromiso de que ésta dicte las medidas de protección correspondientes.
3. En la presente Recomendación la referencia a distintas dependencias, instancias de gobierno y cargos de servidores públicos se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, los cuales podrán ser identificados como sigue: a) Comisión Nacional de los Derechos Humanos (Comisión Nacional); b) Secretaría de Educación Pública (SEP); c) Procuraduría General de la República (PGR); d) Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CEDHDF); e) Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJ-DF); f) Órgano Interno de Control de la Secretaría de Educación Pública (OIC-SEP); g) Coordinación General de Servicios Periciales de la Procuraduría General de la República. (CGSP-PGR); h) Fiscalía Central de Investigación para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes de la Procuraduría

General de Justicia del Distrito Federal (FCIANNA-PGJ-DF) e i) Subprocuraduría Jurídica de Planeación, Coordinación Interinstitucional y de Derechos Humanos, de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (SJPCIDH-PGJ-DF).

I. HECHOS

4. El 21 de marzo de 2014, la Comisión Nacional recibió el escrito de queja de V1, alumno de 17 años de edad, del grupo de sexto año del CE1 en el Distrito Federal, perteneciente a la SEP. De dicho escrito, así como de constancias, actas circunstanciadas, de hechos y administrativas, se desprende que el 14 de marzo de 2014, aproximadamente a las 19:00 horas, mientras AR1 impartía clases en el aula 5, la alumna 1 le reportó que le habían robado su teléfono celular, y al preguntar a los alumnos al respecto, éstos manifestaron que no era la primera vez que ocurría un robo en el grupo.
5. Ante esta situación, bajo la supervisión y autorización de AR1 y contando con el consentimiento del grupo, la alumna 1 comenzó a buscar su teléfono celular con ayuda de AR1, revisando entre las cosas personales y mochilas de todos los alumnos, pero no se encontró, por lo que se procedió a realizar una inspección corporal. La alumna 1 revisó físicamente a todas las alumnas y el alumno V6, inspeccionó a los alumnos varones, sin embargo, el teléfono celular no apareció.
6. Después, AR1 solicitó apoyo de AR2, quien separó a los varones y los llevó al aula 6 que se encontraba vacía, donde ordenó que se quitaran los zapatos y se desvistieran, quedándose en ropa interior, para verificar que nadie trajera el teléfono celular en sus vestimentas, a pesar de que varios alumnos protestaron entre ellos V1 y V3, quien tiene una discapacidad de lenguaje. Acto seguido, AR2 pidió a los alumnos que colocaran todas sus pertenencias al frente. Luego tomó los teléfonos celulares y los llevó al aula 5 para que la alumna 1 reconociera el suyo, pero no lo localizó.
7. Al encontrarse nuevamente todos los alumnos y las alumnas en el aula 5, AR1 y AR2 ordenaron una última revisión en sus mochilas y pertenencias personales; pero al no aparecer el teléfono celular, AR1 comunicó a los alumnos que tendrían que pagarlo, y que el viaje programado de prácticas profesionales sería suspendido. Finalmente, AR2 pidió a los alumnos que escribieran en un papel el nombre de quien sospecharan del posible responsable del robo o lo que habían visto, luego de lo cual se dio salida al grupo.
8. De las constancias que obran en el expediente, se desprende que del total de las víctimas identificadas, V1, V5, V7 y V9 eran menores de edad al momento de los hechos.
9. Con motivo de lo anterior, se inició el expediente de queja CNDH/2/2014/2263/Q. A fin de documentar las violaciones a derechos humanos visitadores adjuntos y peritos de la Comisión Nacional realizaron diversos trabajos de campo para recopilar testimonios y documentos. Además, se solicitó información a la SEP, al OIC-SEP, a la PGJ-DF y a la PGR, cuya valoración lógico jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

10. Escrito de queja de V1, recibido en la Comisión Nacional el 21 de marzo de 2014, con el oficio R-Q-526-14 del 19 del mismo mes y año, que remitió la CEDHDF, por referirse a servidores públicos de la SEP.
11. Acta Circunstanciada, de 25 de marzo de 2014, en la que la madre de V1, vía telefónica refirió a esta Comisión Nacional, que se había elaborado un acta de hechos con AR4, quien le dijo que AR2 *“continuaría impartiendo clases”*.
12. Acta Circunstanciada, de 1 de abril de 2014, en la que consta que una visitadora adjunta se comunicó con V1, quien informó que *“no existió ningún tocamiento”* por parte de AR2 el día de los hechos y *“que se retiró al maestro del grupo desde el lunes 31 de marzo de 2014”*.

13. Acta Circunstanciada de 19 de mayo de 2014, en la que consta que una visitadora adjunta se constituyó en el CE1 y se entrevistó con AR4.
14. Oficio DPJA.DPC/CNDH/658/2014, de 20 de mayo de 2014, suscrito por la Subdirectora de Procesos Administrativos de la SEP, mediante el cual remitió la siguiente documentación:
- 14.1. Oficio 220 (SEODF)(C-13) 212/2014, de 14 de mayo de 2014, suscrito por AR4 dirigido a AR5 mediante el cual remitió la información solicitada.
- 14.2. Escrito de 18 de marzo de 2014, dirigido a diversas autoridades de la SEP, suscrito por padres de familia de los alumnos del CE1, en el que expresaron las irregularidades cometidas por AR1 y AR2.
- 14.3. Oficios 220 (SEODF)(C-13) 099/2014 y 220 (SEODF)(C-13) 101/2014 de 20 de marzo de 2014, suscritos por AR4, mediante los cuales se notificó a AR1 y AR2, la suspensión “de sus actividades docentes frente al grupo” de conformidad con los “Lineamientos para la atención de quejas por maltrato o abuso a educandos de los planteles del Sistema de Educación Media Superior”, en virtud de la queja del 18 de marzo de 2014 presentada por los padres de familia.
- 14.4. Actas de Hechos de 21 y 24 de marzo de 2014, que instrumentó AR4 en el CE1, en la cual declararon V1, V2, V7, V8 y V9.
- 14.5. Oficio 220 (SEODF)(C-13) 105/2014, de 24 de marzo de 2014, suscrito por AR4, con el cual informó a AR5 que AR1 y AR2 fueron “separados de sus labores frente a grupo hasta terminar las investigaciones correspondientes”.
- 14.6. Oficio 220 (SEODF)(C-13) 111/2014, de 25 de marzo de 2014, suscrito por AR4, mediante el cual se dio vista al Titular del OIC-SEP, con motivo de los hechos denunciados por los padres de familia.
- 14.7. Oficio 220 (SEODF) JU/ 23776/2013, de 26 de marzo de 2014, suscrito por AR5, mediante el cual instruyó a AR4 para levantar Acta o Actas Administrativas para atender las “quejas por maltrato o abuso a educandos”.
- 14.8. Oficio 11/OIC/AQ/2327/2014, de 2 de abril de 2014, con el cual la Titular del Área de Quejas del Órgano Interno de la Secretaría de la Función Pública en la SEP, comunicó a AR4 que se radicó el PA1 para la determinación procedente.
- 14.9 Oficios 220 (SEODF)(C-13) 140/2014, 220 (SEODF)(C-13) 143/2014 y 220 (SEODF)(C-13) 141/2014, de 9 de abril de 2014, suscritos por AR4, mediante los cuales comunicó a AR5 y al Titular del OIC-SEP, que se levantaron las Actas Administrativas procedentes en contra de AR2 y de AR1; enviándole los originales respectivos.
15. Acta Circunstanciada, de 29 de mayo de 2014, en la que se hizo constar que esta Comisión Nacional estableció comunicación telefónica con V1, quien refirió que presentó denuncia penal en contra de AR2.
16. Oficio 11/OIC/AQ/5556/2014, de 8 de julio de 2014, suscrito por la Titular del Área de Quejas del OIC-SEP, mediante el cual rindió informe a esta Comisión Nacional, relativo al PA1 en etapa de investigación, anexando copia del mismo.
17. Oficio DGDH/503/DEA/3592/2014-07, de 23 de julio de 2014, suscrito por el Director General de la SJPCIDH-PGJ-DF, mediante el cual informó acerca de la AP1 iniciada con motivo de la denuncia de hechos de V1, por el delito de violencia familiar equiparada.
18. Acta Circunstanciada de 29 de julio de 2014, donde consta que, en esta fecha, dos visitadoras adjuntas se constituyeron en la FCIANNA-PGJ-DF, el 29 de julio de 2014, donde consultaron la AP1 de la que destaca la siguiente documentación:
- 18.1. “Formato Único para el inicio de Actas Especiales, Averiguaciones Previas Especiales y Averiguaciones Previas Directas, sin detenido ante el Ministerio Público”, de 27 de marzo de 2014, firmado por la madre de V1, respecto a los hechos ocurridos el 14 del mismo mes y año en el CE1.
- 18.2. Oficio sin número, de 27 de marzo de 2014, suscrito por el agente del Ministerio Público del Tercer Turno, Quincuagésima Novena Agencia de la PGJ, dirigido a AR4, donde solicita se adopten “las medidas preventivas suficientes y eficaces para salvaguardar la integridad física y psicológica del menor” V1.
- 18.3. Certificado médico suscrito por un perito adscrito a la PGJ-DF, de 9 de abril de 2014, donde se certificó la integridad física de V1.

19. Actas Circunstanciadas de 6 y 8 de octubre de 2014, en las que consta que una visitadora adjunta se constituyó en el domicilio de V1, y se entrevistó con su madre, quien refirió que tuvo conocimiento que AR2 se encuentra impartiendo clases nuevamente, y en el CE1, donde entrevistó a AR4, quien proporcionó copia del Reglamento Interno para los Alumnos e informó que *“por necesidades del servicio y por falta de profesores fue necesario que ambos [AR1 y AR2] impartieran clases”*.
20. Acta Circunstanciada de 2 de diciembre de 2014, donde consta que una visitadora adjunta se constituyó en la Agencia del Ministerio Público de la PGR y consultó la AP2.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

21. El 27 de marzo de 2014, V1 representado por su madre presentó denuncia ante la PGJ-DF, por los hechos referidos, en contra de AR2, iniciándose en la FCIANNA-PGJ-DF la AP1, por el delito de violencia familiar equiparada. Esta indagatoria fue remitida el 30 de julio de 2014 a la PGR para continuar con la investigación, con la que se inició la AP2, por auto de 4 de agosto de 2014 contra AR2, por su probable responsabilidad en el delito de abuso de autoridad, y que continúa en integración al momento de emitirse la presente Recomendación.
22. Mediante acuerdo de inicio de 2 de abril de 2014, el OIC-SEP inició el PA1 en contra de AR1 y AR2, mismo que continúa en integración al momento de emitirse la presente Recomendación.
23. Por lo que respecta a la situación laboral de AR1 y AR2, ambos fueron suspendidos de sus actividades docentes frente a grupo el 24 de marzo de 2014 en virtud de los oficios 220 (SEODF)(C-13) 99/2014 y 220 (SEODF)(C-13) 101/2014 de 20 de marzo de 2014, suscritos por AR4, mediante los cuales se les notificó la suspensión de sus actividades de conformidad con los *“Lineamientos para la Atención de Quejas por Maltrato o Abuso a Educandos de los Planteles del Sistema de Educación Media Superior”*.
24. No obstante lo anterior, de la entrevista con AR4 el 6 de octubre de 2014, que consta en Acta Circunstanciada del 8 del mismo mes y año, se desprende que AR1 y AR2 continuaron laborando en el plantel realizando otro tipo de actividades administrativas. Sin embargo, a partir del ciclo escolar de agosto 2014, debido a la necesidad de personal en el plantel, AR1 y AR2 volvieron a la práctica docente.

IV. OBSERVACIONES

25. Antes de entrar al estudio de las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de los alumnos del CE1, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos reconoce, conforme a la Observación General 4 del Comité de los Derechos del Niño, la Salud y el Desarrollo de los Adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, que la adolescencia es una etapa esencial de la vida que define la personalidad de cada persona, en la que se construye la independencia y autoafirmación individual. Los jóvenes, en esta etapa del desarrollo, comienzan a construir su propio mundo, se encuentran en un periodo de transición de la niñez a la edad adulta, por lo tanto, en un periodo vulnerable y de formación. Para lograr la adecuada transición, el adolescente necesita apoyo de la familia, la escuela, el Estado y la sociedad.
26. Por ello, con fundamento en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en este apartado se realizará un análisis de los hechos de forma conjunta, con enfoque lógico jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la Suprema Corte de Justicia de la Nación como de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, para determinar la violación a los derechos humanos a la intimidad, seguridad jurídica e interés superior del menor en agravio de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9 y V10, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5

A) Derecho a intimidad personal

27. El derecho a la intimidad “es una facultad subjetiva reconocida a favor de la persona física, de no permitir la intromisión de extraños, en lo que respecta al ámbito de su reserva individual, sin perjuicio de las limitaciones normativas que de manera expresa se establezcan o de costumbres y usos sociales prevalecientes en una época y lugares determinados”.¹ “El derecho a la intimidad o a la vida privada entonces quedaría configurado como aquel ámbito de la libertad necesario para el pleno desarrollo de la personalidad, espacio que debe estar libre de intromisiones ilegítimas, y que constituye el presupuesto necesario para el ejercicio de otros derechos”.²
28. Este derecho se encuentra previsto en los artículos 1o. y 16 primer párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2, 3.2, 3.3, 16, 19.1 y 28.2 de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y vinculante para México desde el 25 de enero de 1991; 1, 5.2, 11.2 y 19 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos (“Pacto San José de Costa Rica”) adoptada el 22 de noviembre de 1969 y vinculante para México desde el 24 de marzo de 1981; 16 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), adoptado el 17 de noviembre de 1988 y vinculante para México desde el 16 de noviembre de 1999; y 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado por las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966 y vinculante para México desde el 23 de junio de 1981.
29. En adición a lo anterior, el Tribunal Constitucional Español ha señalado que uno de los componentes del ámbito de la intimidad personal es “la intimidad corporal o pudor”. Asimismo, y vinculado con lo anterior, ha manifestado que la sexualidad pertenece al ámbito de la intimidad. Si bien el Derecho protege a la intimidad misma y no a las acciones privadas o íntimas de las personas, la intimidad es un ámbito dinámico y puede verse reducido debido a una medida disciplinaria como la que nos ocupa, quedando expuestas al público o terceros partes del cuerpo que se consideran privadas o íntimas. Ello, permite afirmar que la exhibición del cuerpo forma parte del contenido y alcances del derecho a la intimidad y por tanto de su protección.³
30. Para la Comisión Nacional, la intimidad corporal está comprendida y forma parte del derecho a la intimidad personal, que comprende la protección en contra de cualquier forma de injerencia arbitraria en el ámbito de la privacidad, que el cuerpo de toda persona es constitutivo de su intimidad personal y que existe una estrecha vinculación entre la intimidad corporal y personal con el libre desarrollo de la personalidad.
31. Desde la perspectiva sexual y corporal, el derecho a la intimidad personal se traduce en la decisión de las personas sobre cómo manifestar su sexualidad, cuándo, dónde y ante quién exhibir el cuerpo. Por ello, cuando se exhibe públicamente y contra la voluntad de las personas las partes del cuerpo que generalmente no son descubiertas, en contextos no propicios y arbitrarios, se viola su privacidad corporal, consecuentemente se trasgrede su intimidad personal.
32. Cualquier exhibición, injerencia o revisión total o parcial del cuerpo por un tercero debe ser consentido y encontrarse justificado, y en el caso de menores de edad, tal protección debe estar fortalecida. El consentimiento y la justificación, en razón a que el derecho a la intimidad personal, al igual que muchos otros derechos, no es absoluto; existirán casos que justifiquen que las autoridades intervengan en los ámbitos de la privacidad e intimidad de una persona, ponderando el riesgo que se actualizaría de no realizarlo, en aras de proteger un bien jurídico mayor.
33. Por ello, las revisiones corporales para ser respetuosas de derechos humanos, sólo pueden realizarse cuando medie causa legítima establecida en una norma que las justifique, se realicen por autoridad competente,

¹ Celis Quintal, Marcos Alejandro, *La protección de la intimidad como derecho fundamental de los mexicanos*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, p. 74.

² Muñoz de Alba Medrano, Marcia y Cano Valle, Fernando, *Derechos de las personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA-VIH*, México, Cámara de Diputados-UNAM, 2000, p. 38.

³ Moreno Flores, Arnulfo, “Derecho a la intimidad su significación y regulación en el Derecho Español y mexicano”, disponible en: http://www.scjn.gob.mx/Transparencia/Lists/Becarios/Attachments/3/Becarios_003.pdf, p. 12.

- en lugares donde exista privacidad y a través de procedimientos adecuados, los cuales deberán considerar la edad, sexo y circunstancias personales de la persona que puedan ameritar un trato diferenciado; cualquier forma de injerencia que se aparte de estos mínimos será arbitraria y, por tanto, violatoria de derechos humanos, entre otros del derecho a la intimidad personal.
34. En este contexto, la violación al derecho humano a la intimidad personal de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9 y V10 se desprende de las conductas realizadas por AR1, al otorgar su consentimiento para que se llevara a cabo, de manera indebida y arbitraria, la revisión corporal por la alumna 1, al grupo femenino y por el alumno V6, al grupo masculino, así como a por aquellas conductas desplegadas por AR2, al permitir que los alumnos varones V1, V2, V3, V4, V5 y V6 se desvistieran públicamente; todo ello en aras de localizar un aparato celular en el salón de clases.
 35. Con respecto a la conducta por acción u omisión de AR1 y la inspección de mochilas y física o corporal de los alumnos, constan los testimonios coincidentes de los alumnos V1, V2, V4, V5, V6, V7, V8, V9 y V10, y las Actas de Hechos de 21 y 24 de marzo de 2014, Acta Circunstanciada del 18 del mismo mes y año, Acta Administrativa de 7 de abril y Acta Circunstanciada de 7 de mayo del 2014, de las que se desprende que posterior a una inspección de pertenencias y no aparecer el teléfono celular, la alumna 1 revisó y tocó corporalmente a sus compañeras mujeres y del mismo modo, V6 a sus compañeros hombres.
 36. En el Acta Circunstanciada del 18 de marzo de 2014, V1 declaró: “La profesora [AR1] y la compañera [Alumna 1], con el consentimiento de todos los compañeros, empezó a revisar las mochilas...”.
 37. En el Acta de Hechos del 21 de marzo de 2014, V1 señaló que: “La profesora [AR1] y la compañera [Alumna 1] procedieron a revisarnos la mochila [...] terminada la inspección no se encontró el teléfono móvil por lo que procedió a revisarnos físicamente, la compañera [Alumna 1] revisó a las chicas y el compañero [V6] a los chicos, a mí, mi compañero [V6] me revisó los brazos el torso, las piernas y los tobillos”.
 38. V2, en la misma Acta de Hechos de 21 de marzo de 2014, refirió: “Nuevamente empieza la revisión, [Alumna 1] empieza a revisar a las mujeres, mi compañero [V6] revisa a los hombres, [V6] me revisó brazos, piernas, torso...”.
 39. V4 por su parte, declaró: “[Alumna 1] revisó a las mujeres y un compañero que se llama [V6] revisó a los hombres”.
 40. Asimismo, la alumna V8, en la misma Acta de Hechos declaró: “Nuestra compañera [Alumna 1] nos revisó las mochilas y pidió que sacáramos todo y después nos revisó físicamente, nos tocó, ella fue la que revisó a las mujeres y nuestro compañero [V6] a los hombres...”.
 41. En misma Acta, V7 manifestó: “La profesora [AR1], entonces nos anunció que teníamos que sacar nuestras cosas para que nuestra compañera [Alumna 1] nos revisara nuestras cosas. Ella empezó a pasar por todos nosotros y nos revisó; al terminar [...] dijo que se nos iba a revisar físicamente haber si no nos lo habíamos escondido y cuando llego a mi la chava [...] me empezó a tocar los brazos y luego sobre los pechos y posteriormente siguió bajando hasta las piernas, ella revisó a las mujeres y el compañero [V6] a los hombres”.
 42. En el Acta Administrativa de 7 de abril de 2014 V1 declaró: “La profesora [AR1] dijo [...] que se nos haría una revisión de mochilas a la cual todo el grupo accedió... [Alumna 1] nos dijo que nos haría una revisión física [...] una vez hecha la revisión tampoco se encontró el teléfono...”.
 43. V4, por su parte expuso que: “[Alumna 1] revisó a las mujeres y un compañero que se llama [V6] revisó a los hombres [...] solo fue por encima...”.
 44. V7, afirmó que: “Ella [Alumna 1] entró y nos dijo que iba a hacer nuevamente una inspección de mochilas que sacáramos nuestras cosas y las pusiéramos sobre la banca...”.
 45. V10 refirió que: “La maestra [AR1] [...] nos preguntó [...] dijimos que no que incluso si queríamos que nos revisara tanto mochilas (sic.) La compañera [Alumna 1] empezó a revisar las mochilas una por una [...] entonces nosotros comentamos para que verificara que no teníamos nada que nos revisaran a nosotros, y entonces nuestra compañera [Alumna 1] accedió con el permiso de nosotros, a revisarnos...”.
 46. En el Acta Circunstanciada del 7 de mayo de 2014, V5 explicó que: “La compañera [Alumna 1] dijo que se le había perdido su celular y entonces fue cuando dijo que, con nuestro permiso iba a esculcarnos las mochilas y todos estuvimos de acuerdo, en eso las revisó y no encontró nada y fue cuando dijo que nos iba a revisar nuestra persona, [...] todo fue en presencia de [AR1] y nadie dijo nada...”.

47. Dada la coincidencia de las versiones de las víctimas sobre los hechos ocurridos en el aula 5, se corrobora lo dicho por V1 en el escrito de queja, y se observa que por instrucciones de AR1, fueron inspeccionados físicamente de forma arbitraria, sin consideración a su intimidad.
48. En el Acta de Hechos de 21 de marzo de 2014, AR1 reconoció haber autorizado las revisiones a los alumnos, tanto a sus pertenencias como corporalmente, justificando su actuar en haber contado con el consentimiento de los alumnos.
49. Al respecto, para la Comisión Nacional no se puede hablar de que haya existido un pleno consentimiento o una real voluntad del alumnado en el presente caso, pues éste se otorgó en un salón de clases donde la autoridad es la docente. Es decir, AR1 se encontraba en un plano de supra a subordinación con respecto a los alumnos, por lo que hay una relación en la que los alumnos se ven impedidos a asumir una actitud de obediencia y respeto hacia la docente.
50. Además, el consentimiento fue otorgado en medio de una investigación dirigida por AR1 para encontrar al responsable de un supuesto robo, situación en la que negarse habría significado ser señalado como “sospechoso”, siendo expuestos frente al resto del grupo, en una posible situación de estigmatización y daño al buen nombre y prestigio de quienes se hubieran negado a la revisión, aún y cuando las razones para no ser tocados o revisados físicamente hubieran sido otras y no precisamente su participación en la desaparición del aparato.
51. Dichas circunstancias seguramente ejercieron una presión para la aceptación de los alumnos a ser revisados corporalmente; por tanto, no puede justificarse la conducta de AR1 y mucho menos legitimarse en razón al “consentimiento” de los alumnos, si se considera, además, que tres de ellos eran menores de edad.
52. La Comisión Nacional observa que la medida tomada por AR1, implicó un contacto físico y personal entre ellos e incluso contacto con partes privadas del cuerpo, como lo fue en el caso de V7 lo que implica una violación a su intimidad corporal.
53. En el caso, la salvaguarda de este derecho implicaba el derecho de los alumnos a no sufrir ninguna injerencia corporal y a decidir de manera libre sobre el contacto de su cuerpo con terceros. Consecuentemente esta intromisión practicada por la alumna 1 y V6, y consentida por AR1, dañó la intimidad personal de los adolescentes.
54. AR2 sostuvo en el Acta de Hechos del 21 de marzo y en el Acta Administrativa de 7 de abril, ambas de 2014, respectivamente, lo siguiente: “Le pedí que se quitaran zapatos y calcetas para una inspección, los alumnos accedieron nadie manifestó desacuerdo o inconformidad [...] el alumno [V5] manifestó “hay que desvestirnos” a lo que los alumnos estuvieron de acuerdo nuevamente nadie se opuso a esta solicitud, los alumnos procedieron a quitarse pantalones, camisa y quedarse únicamente en ropa interior...”. “Pedí a los alumnos varones [...] Se trasladaran al aula 6 [...] les pedí que se quitaran los zapatos y calcetines para hacer una revisión [...] V5 dijo “vamos a desvestirnos” a lo que los alumnos procedieron a quitarse el pantalón y camisa del uniforme y les pedí que vaciaran sus bolsillos y pusieran todas sus pertenencias al frente”.
55. Si bien AR2 señaló que él no “obligó” a los alumnos a desvestirse, no negó que éstos lo hicieron en su presencia; se cuenta con 7 testimonios de alumnos y alumnas que presenciaron los hechos, quienes informaron que los hombres fueron obligados a desvestirse y desnudarse parcialmente en el aula 6 por instrucciones de AR2.
56. En el Acta Circunstanciada de 18 de marzo de 2014, en el Acta de Hechos de 21 de marzo de 2014 y el Acta Administrativa de 7 de abril del mismo año, V1 declaró, respectivamente, lo siguiente: “[...] en el salón con el profesor AR2, éste nos solicitó de manera prepotente e intimidatoria que deberíamos irnos quitando las prendas, primero comenzó con los zapatos, luego las calcetas hasta que todos quedamos en bóxer o calzones; [...] uno de mis compañeros [V3] quien sufre de una discapacidad en el habla, se negó a desvestirse, por lo que AR2 lo intimidó, obligándolo a desnudarse...”. “AR2 nos dijo que nos quitáramos los zapatos y calcetines, después que nos quitáramos el pantalón y camisa para así quedar en calzones [...] V3 no se quitó la ropa por lo que AR2 le dijo que qué esperaba para quitársela...”. “AR2 nos dividió [...] a los hombres [...] Nos dijo que nos quitáramos pantalón y playera para dejarnos desnudos...”.
57. En el Acta de Hechos del 21 de marzo de 2014, V2 declaró: “AR2 llamó a todos los hombres y los cambió al aula seis el cual dio la orden que nos quitáramos los zapatos y los calcetines y lo que seguía hasta quedarnos

- en boxers [...] mi compañero V3 sufre una discapacidad y no se quería desvestir a lo que AR2 levantó la voz diciéndole qué esperas,...*
58. V9 declaró, en el Acta de Hechos del 24 de marzo de 2014, lo siguiente: “[AR2] dijo que los hombres pasaron a otro salón [...] Metimos un espejo [...] y se veía como los estaban revisando y también como los desvistieron...”.
 59. Consta en el acta administrativa de 7 de abril de 2014, la declaración de V4, quien manifestó: “AR2 nos pasó al salón de al lado a todos los hombres después nos hizo que nos pusiéramos enfrente del pizarrón todos parados nos dijo que por favor nos quitáramos los zapatos para ver si no teníamos el celular ahí, después de eso nos empezamos a quitar la ropa...”.
 60. Por su parte, V7 declaró en el acta de hechos de 21 de marzo de 2014 y Acta Administrativa de 7 de abril de 2014, respectivamente lo siguiente: “AR2 separó a todos los hombres, los llevó al salón de al lado...”, “[nosotras] pudimos notar que ellos se estaban vistiendo [...] con un espejo...”.
 61. Finalmente, V8 declaró en el Acta de Hechos de 21 de marzo de 2014: “AR2 le mencionó a los hombres que salieran todos al salón [...] seis...”.
 62. De lo anterior, se observa que AR2 es responsable de que los alumnos se hayan desvestido, pues con independencia de quién haya sugerido o instruido a que éstos se quitaran la ropa, lo relevante es que ocurrió bajo su presencia, supervisión y consentimiento y que, en su calidad de docente, era la única autoridad frente a los alumnos en el salón de clases.
 63. La supuesta sugerencia que hubiese podido dar un alumno de desvestirse, y el posterior consentimiento del resto de los alumnos, debió haber sido impedida por AR2, quien en esas circunstancias fungía como garante de los derechos de los alumnos en virtud de su calidad de docente frente al grupo. La función docente debe conducirse siempre a enseñar y fomentar los derechos humanos con el ejemplo, lo que implica que no se consienta o permita una actividad, acto o conducta que sean contrarios a los derechos humanos o al interés superior de la niñez.
 64. La Comisión Nacional se pronuncia enfáticamente en contra de los hechos ocurridos, ya que permitir a los alumnos desvestirse públicamente, frente a sus compañeros, y estando presente un docente adulto, aún cuando éstos no fueran tocados por el docente, resultó a todas luces indebido e innecesario, y en franca contravención del derecho a la intimidad personal.
 65. Como se expuso anteriormente, la intimidad corporal constituye un componente de la intimidad personal que involucra la privacidad de las personas. El derecho a la intimidad personal protege la no intromisión en el cuerpo físico como ámbito propio y exclusivo de existencia.
 66. En este sentido, la desnudez del cuerpo es una cuestión personal y privada, sobre la cual terceros ajenos no pueden ni deben decidir cuándo puede ser objeto de exhibición pública, pues el derecho a la intimidad personal implica, precisamente, un espacio libre de intromisiones ilegítimas y de injerencias arbitrarias sobre el cuerpo de nadie y la libre decisión de las personas sobre la exposición de su cuerpo frente a terceros, y mucho menos, en el caso de niños y adolescentes.
 67. AR2, al implementar medidas invasivas y arbitrarias que tuvieron como consecuencia la exhibición de los cuerpos de los alumnos semi desnudos trasgredió el derecho fundamental de la intimidad; sólo los alumnos y alumnas en lo individual pueden decidir frente a quien exponen su cuerpo y de qué manera lo hacen, sin ningún tipo de presión o con motivo de una investigación por parte de un tercero.
 68. En el presente caso, la situación se agrava ya que el lugar en donde los alumnos se desnudaron parcialmente, se encontró expuesto a que otras compañeras del aula contigua vieran cómo revisaban y desvestían a sus compañeros varones. Ello acredita que el procedimiento para encontrar el celular extraviado fue practicado sin privacidad alguna, colocando a las víctimas en una situación contraria a la protección de su intimidad.
 69. Si bien el derecho a la intimidad permite excepciones y limitaciones en los que será justificada su intromisión, estos supuestos de injerencia deben estar claramente establecidos en la normatividad, determinarse a partir de criterios de proporcionalidad y regirse a través de procedimientos respetuosos de derechos humanos. Por tanto, cualquier exhibición intromisión o revisión del cuerpo o sus partes por un tercero debe ser consentido y encontrarse justificado y si no lo está, como en el presente caso, se violenta el derecho a la intimidad.

70. En efecto, en el caso que nos ocupa, el extravío de un celular en un plantel educativo no puede ser justificación para el desprendimiento de vestimentas de niños adolescentes, por medio de una presunta investigación, totalmente desproporcional que incomodó, avergonzó e indignó a las víctimas.
71. La intimidad corporal vinculada al desarrollo de la personalidad es particularmente vulnerable cuando se trata de un grupo de adolescentes. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas en la Observación General Núm. 4 *La Salud y el Desarrollo de los Adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*, es caracterizado por rápidos cambios físicos, cognoscitivos y sociales, incluida la madurez y desarrollo del cuerpo para asumirse como adultos.
72. El desarrollo de la personalidad incluye la libertad de autodeterminación de las personas, la cual se traduce en la plena libertad de decidir cuándo, dónde y ante quién se exhibe el cuerpo. Por esta razón cuando se exhibe públicamente el cuerpo o bien partes del mismo que generalmente no son descubiertas, en contextos no propicios y arbitrarios, se viola la intimidad personal y esta autodeterminación corporal. Por lo que estos derechos adquieren mayor preponderancia en las personas que se encuentran en la etapa de la adolescencia, por encontrarse en un periodo de transición y definición de cuestiones relacionadas con su cuerpo.
73. El establecer una medida arbitraria como la de AR1, en cuanto a las revisiones corporales y AR2 en cuanto a la exhibición del cuerpo de manera pública, es incidir de manera arbitraria en esta autodeterminación, que consecuentemente afectó el curso normal de desarrollo de los alumnos y alumnas, particularmente el de los alumnos varones, quienes se vieron obligados a exponer partes de su cuerpo que no son objeto de exhibición común de las personas.

B) Derecho a la seguridad jurídica

74. El derecho a la seguridad jurídica, como derecho humano, implica que toda persona tenga certeza de que las leyes que la rigen, además de cumplir con la garantía de legalidad —que se traduce en que provengan de un órgano legislativo facultado para emitir las y que, a su vez, se refieran a relaciones sociales que deben ser jurídicamente reguladas—, provengan de un procedimiento legislativo válido.⁴ Además, de que dichas leyes que rigen y que contiene conductas jurídicamente reguladas se apliquen como la norma lo indica.
75. Bajo esta premisa, el hecho de que no se apliquen las disposiciones normativas legislativas o administrativas, de la forma en la que las mismas disponen, violenta el derecho a la seguridad jurídica de las personas, pues esa certeza se vuelve inexistente. Este derecho se encuentra contemplado en los artículos 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15.2 y 16 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 9 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos y 9.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
76. En este contexto jurídico, de las evidencias recabadas se desprende que las conductas desplegadas por AR1, AR2 y AR3 en las respectivas revisiones realizadas en ausencia del seguimiento de los procedimientos escolares internos de actuación como lo señala el *“Reglamento Interno para los Alumnos del CE1”*, así como la falta de observancia a la Ley General de la Educación por parte de AR4 y AR5 culminó en una inaplicación de la ley, que consecuentemente trajo aparejada la violación al derecho a la seguridad jurídica.
77. De acuerdo con el *“Reglamento Interno para los Alumnos del CE1”*, existía un “Procedimiento de Manejo de Incidencias” que no fue observado por AR1, AR2, AR3 ante la situación del extravío del celular de la alumna 1 dentro del aula de clases. El apartado “De los Alumnos”, inciso e), señala que *“No se permitirá en el salón de clases reproductores de música, y los teléfonos celulares deberán permanecer apagados. Quedando fuera de la responsabilidad del plantel la pérdida de estos objetos”*.
78. En este sentido, si bien el plantel no tiene responsabilidad ante la pérdida o robo del teléfono celular de la alumna 1, ante situaciones como las del presente caso, las autoridades educativas deben aplicar medidas de control y disciplinarias para evitar que sucedan o continúen sucediendo extravíos de las pertenencias de los

⁴ Tesis de Jurisprudencia (IV Región) 2o. J/1 (10a.); 10a. época; Tribunales Colegiados de Circuito; *Gaceta S.J.F.*; Libro 10, septiembre de 2014, tomo III, p. 2152 (Registro 2007513).

- alumnos y las alumnas, sin embargo deben de proceder conforme a los procedimientos que la normatividad interna establezca.
79. El referido Reglamento señala un “Procedimiento de Manejo de Incidencias” de acuerdo con el cual “*Cuando se identifica una violación al reglamento conductual de estudiantes, y dependiendo de la gravedad de la incidencia, el Prefecto del área entra en un primer contacto con el estudiante y en caso de que sea necesario, se presentará con el Jefe de Prefectos, el cual analizará la conducta y determinará si se elabora un reporte formal, por el encargado del registro de incidencias. Al recibir el reporte, se solicita la presencia del estudiante que refirió la incidencia, inicia un diálogo, y se elabora el documento correspondiente*”. El cual, puede ser: una carta compromiso, un citatorio al padre de familia, una suspensión, una carta condicional o un citatorio grupal.
 80. En el presente caso, ante el extravío o robo del teléfono celular de la alumna 1, procedía la intervención directa de AR3, y no de AR1 ni de AR2, pues era a AR3 a quien le correspondía implementar las medidas necesarias previamente establecidas en el “Procedimiento de Manejo de Incidencias” del Reglamento.
 81. Si bien AR2 mencionó en su declaración el 21 de marzo de 2012, que AR3 le avisó la salida retrasada del grupo del sexto año con el que tenía clase, de lo que se presume su conocimiento sobre la problemática, en ningún momento se generó esa primera intervención de AR3 con el grupo, ni el contacto del mismo con el jefe de prefectos para una medida de mayor trascendencia, como claramente lo establece el procedimiento del Reglamento.
 82. Además de la responsabilidad de AR1 y AR2 al ejecutar medidas que no entran en sus facultades, las mismas no solo fueron violatorias a derechos humanos sino irregulares, pues no se encontraban previamente establecidas. Por su parte, AR3 también resulta responsable por la indebida prestación del servicio público por la inobservancia a este procedimiento y su conducta pasiva ante lo ocurrido.
 83. Lo anterior, se evidencia ante la falta de un “registro de incidencias” y ausencia de un “reporte formal” atinente a los hechos ocurridos el 14 de marzo de 2014. Asimismo, se observa que ninguna de las sanciones que establece el “*Reglamento Interno para los Alumnos del CE1*” (una carta compromiso, un citatorio al padre de familia, una suspensión, una carta condicional o un citatorio grupal) fueron llevadas a cabo. Las acciones y omisiones tanto de AR1 y AR2 como de AR3 fueron en contravención con la propia normativa interna del CE1.
 84. La inobservancia de dicho Reglamento y protocolo de actuación culminó en la implementación de un proceso que no se encontraba previamente establecido y por tanto irregular que, consecuentemente, causó la afectación al derecho a la seguridad jurídica de los jóvenes, al presentarse la inobservancia de la normatividad ya citada.
 85. La Comisión Nacional no se opone a que se revisen las pertenencias de los alumnos como fue el primer contacto de AR1 para encontrar el objeto extraviado, siempre que se haga bajo ciertos criterios, con ciertos límites y en determinados casos que lo ameriten, pero de ninguna manera se podrá obligar a las y los alumnos a desvestirse o exponer su cuerpo para encontrar objetos, material o dinero perdido. Es importante definir la línea de actuación, sobre todo tratándose de alumnos menores de edad, que en esas circunstancias se encuentran en especial situación de vulnerabilidad.
 86. En este sentido, el actual Reglamento no cuenta con lineamientos detallados que regulen el actuar de la autoridad educativa frente a este tipo de situaciones —un robo o extravío de pertenencias—, no cuenta con límites claros ni directrices específicas que legislen respecto a la aproximación de los docentes y prefectos hacia los alumnos ante estas incidencias, lo que genera una normatividad abierta y poco clara. Esto provoca que en la práctica se corra el riesgo de decidir medidas que no se encuentren previamente establecidas y consecuentemente, no aseguran la seguridad jurídica de los miembros del plantel educativo al posibilitar que se adopten medidas arbitrarias y desproporcionales en agravio de las y los alumnos.
 87. La Comisión Nacional hace hincapié en la necesidad de una regulación detallada y específica, pues reconoce que es frecuente el extravío de objetos dentro de las escuelas, por lo que a fin de generar una convivencia armónica dentro de los centros educativos es que resulta imprescindible contar con un procedimiento expreso para extravío o robo de objetos. Ello, además de solucionar controversias en observancia a los derechos humanos de los alumnos y alumnas, se hace en atención a la protección al derecho a la seguridad jurídica de los mismos.

88. Las medidas adoptadas en hechos como los ocurridos deben estar fundadas en un procedimiento previamente establecido, ser proporcional y conforme a la dignidad y derechos humanos de los adolescentes, en el que se privilegie el interés superior de la niñez así como los métodos disciplinarios pedagógicos, no intrusivos y que se ajusten al principio de proporcionalidad de las sanciones.
89. La actuación de la autoridad bajo el contexto de las instituciones educativas debe estar precedida bajo la observancia de un debido proceso, de los derechos humanos de los educandos y en concordancia con el sistema jurídico nacional, con plena observancia de una educación integral, en el que se brinde una educación ético-moral con herramientas encaminadas a resolver problemas de índole social y la forma correcta de conducirse para resolverlos. Estas características deben ser fundamentales en los reglamentos y manuales internos de las escuelas y que, en el presente caso, no se incluyen en el actual *“Reglamento Interno para los Alumnos del CE1”*.
90. Los supuestos de injerencia con los alumnos deben regirse a través de procedimientos respetuosos de derechos humanos. En este sentido, para que las revisiones corporales sean respetuosas de derechos humanos, sólo pueden realizarse cuando medie causa legítima establecida en una norma que las valide y justifique, se realicen por autoridad competente, en lugares donde exista privacidad y a través de los procedimientos adecuados de proximidad, los cuales deberán considerar la edad, sexo y circunstancias personales de la persona que puedan ameritar un trato diferenciado. Cualquier forma de injerencia que se aparte de estos mínimos será arbitraria y, por tanto, violatoria además del derecho a la seguridad jurídica de otros derechos humanos como en el presente caso a la intimidad e interés superior de los niños y niñas.
91. El derecho a la legalidad y seguridad jurídica resulta fundamental en la vida de las personas, sobre todo cuando se trata de la correcta aplicación de disposiciones normativas en un plantel escolar, pues en la medida en la que los Reglamentos Internos, las Leyes Generales y los principios constitucionales sean observados y respetados, se propician las condiciones para que las alumnas y los alumnos sean beneficiarios de una educación integral en pleno desarrollo de su persona y respeto a sus derechos humanos.
92. Por otra parte, el artículo 34, fracción III, del *“Reglamento General de los Planteles de la Dirección General de Educación Técnica Industrial”* establece como obligación para el personal de los planteles educativos respetar la libertad y la integridad física y moral de los educandos, por lo que el sometimiento a un proceso de inspección irregular por parte de AR1 y AR2, que no se encontraba previamente establecido en normatividad alguna, atentó en contra de su derecho a la seguridad jurídica.
93. Ante las revisiones corporales practicadas y la exhibición parcial del cuerpo de los alumnos varones, se observa que los alumnos fueron objeto de un procedimiento arbitrario y desproporcionado y, por tanto, violatorio al derecho a la seguridad jurídica, que impactó también en la educación integral que se debe de impartir en todo centro escolar. Tales medidas además de propiciar la ilegalidad, van más allá de las atribuciones, responsabilidades y funciones de la docencia, en franca contravención de los principios rectores de la educación.
94. Ahora bien, de las evidencias que se señalan en los párrafos 13.1, 13.3, 13.4, 13.5, 13.6, 13.7, 13.8 y 13.9 de la presente Recomendación, se desprenden diversas medidas tomadas por AR4 y AR5 acordes a los *“Lineamientos para la atención de quejas por maltrato o abuso a educandos del Subsistema de Educación Media Superior de unidades administrativas adscritas a la Subsecretaría de Educación e Investigación Tecnológicas”*, consistentes en: 1) la suspensión de actividades de AR1 y AR2 como docentes 6 días posteriores a los hechos; 2) la vista al titular del OIC-SEP el 25 de marzo de 2014, 11 días posteriores a los hechos; 3) el levantamiento de actas administrativas el 7 y 8 de abril, y 4) la cita a los padres de familia para informarles sobre lo ocurrido y sobre la suspensión de actividades de AR1 y AR2 como docentes frente al grupo. También se observa que AR4 y AR5 omitieron lo dispuesto por el artículo 42 de la Ley General de Educación, que decreta que *“en caso de que las y los educadores, así como las autoridades educativas, tengan conocimiento de la comisión de algún delito en agravio de las y los educandos, lo harán del conocimiento inmediato de la autoridad correspondiente”*, y en este sentido transgredieron el derecho a la seguridad jurídica del alumnado.
95. En el presente caso, AR4 y AR5 cumplieron con el deber de notificarle al OIC-SEP sobre los hechos, sin embargo, no informaron a la autoridad ministerial, particularmente sobre los hechos ocurridos en el aula 6; y AR1, AR2 y AR3 resultan responsables por imponer de medidas irregulares no previstas en la normatividad que regula la actividad de las escuelas.

C) Derecho al interés superior del menor

96. *“La plena aplicación del concepto de interés superior del niño exige adoptar medidas y procedimientos con un enfoque basado en los derechos humanos, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral y espiritual holísticas del niño y promover su dignidad humana”.*⁵
97. El Comité de los Derechos del Niño ha subrayado que el interés superior del niño es un concepto triple, que debe ser entendido como un derecho sustantivo, un principio jurídico interpretativo fundamental y como una norma de procedimiento.⁶
98. El interés superior de la niñez como un derecho, es aquel que tiene el niño de que *“su interés superior sea una consideración primordial que se evalúe y tenga en cuenta al sopesar distintos intereses para tomar una decisión sobre una cuestión debatida, y la garantía de que ese derecho se pondrá en práctica siempre que se tenga que adoptar una decisión que afecte a un niño, a un grupo de niños concreto o genérico o a los niños en general”.*⁷
99. En segundo lugar, como principio jurídico interpretativo fundamental, se traduce en que *“si una disposición jurídica admite más de una interpretación, se elegirá la interpretación que satisfaga de manera más efectiva el interés superior del niño. Los derechos consagrados en la Convención y sus Protocolos facultativos establecen el marco interpretativo”.*⁸
100. Finalmente, como norma de procedimiento, implica que *“siempre que se tenga que tomar una decisión que afecte a un niño en concreto, a un grupo de niños o a los niños en general, el proceso de adopción de decisiones deberá incluir una estimación de las posibles repercusiones (positivas o negativas) de la decisión en el niño o los niños interesados. La evaluación y determinación del interés superior del niño requieren garantías procesales. Además la justificación de las decisiones debe dejar patente que se ha tenido en cuenta explícitamente ese derecho”.*⁹
101. De lo anterior, se desprende que en la medida en que el interés superior de la niñez sea una consideración primordial, se proteja mediante la elección de la interpretación que más lo satisfaga, y esté presente en la estimación para la adopción de decisiones en las que estén involucrados los niños y niñas, será la medida en la que se garantizará de manera integral.
102. El interés superior de la niñez se encuentra protegido el párrafo noveno del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que en todas las decisiones y actuaciones deberá velar y cumplir con el “principio del interés superior de la niñez”, que si bien el texto lo expresa como principio, la observación del Comité sobre los Derechos del Niño nos inclinan a entenderlo también como derecho y como norma de procedimiento, además de principio.
103. Ahora bien, el interés superior de los niños y niñas, como derecho, en el contexto del extravío de un teléfono celular, la cuestión debatida, debió haber sido la primera consideración por parte de AR1 y AR2 en la implementación de las medidas que se ejecutaron dentro de los salones de clases para garantizar cabalmente este derecho.
104. Sin embargo, ello no ocurrió, pues la decisión que ambos docentes adoptaron para implementar medidas invasivas y arbitrarias afectó los derechos a la intimidad y seguridad jurídica de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9 y V10. En este sentido, en la cuestión debatida en el plantel escolar, la protección al derecho a la propiedad de la alumna 1 fue colocada por encima y en perjuicio del derecho a la intimidad y seguridad jurídica del resto de las alumnas y los alumnos, lo cual culminó en una afectación al interés superior de la niñez como derecho. Ello, se traduce en que AR1 y AR2 no tomaron en cuenta el bienestar de los niños y las niñas

⁵ Observación General Núm.14 (2013) del Comité de los Derechos del Niño sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1) de la Convención sobre los Derechos del niño, p. 5, aprobada del 14 de enero al 1 de febrero de 2013.

⁶ *Ibidem.*, p. 6.

⁷ *Idem.*

⁸ *Idem.*

⁹ *Idem.*

- en todo momento, como el derecho lo exige. En el presente caso, se requería llevar a cabo medidas proporcionales y respetuosas encaminadas al fin buscado, encontrar el teléfono celular y sancionar al responsable.
105. En segundo lugar, el interés superior de la niñez, como principio, tampoco fue considerado, pues el haberlo hecho hubiera significado haber valorado si las medidas implementadas conducían y protegían el mejor interés superior de los alumnos y si se garantizaba su sano desarrollo, lo que claramente no ocurrió, pues el que los alumnos se desvistieran y se revisaran unos a otros corporalmente para ver quien portaba el teléfono celular no fueron medidas apropiadas que garantizaran y evitaran un perjuicio en sus derechos, incluidos el de la intimidad y seguridad jurídica, pues como fue expuesto estos derechos fueron transgredidos como consecuencia directa de las medidas que AR1 y AR2 consintieron en aplicar.
 106. Finalmente, el interés superior de la niñez, como norma de procedimiento, fue violentado en cuanto a que para la implementación de las multicitadas medidas, AR1 ni AR2 consideraron que éstas no eran protectoras, ni aseguraban un entorno sano o seguro. Tampoco consideraron que podrían generar una situación en la que los estudiantes se sintieran incómodos o avergonzados al tener que dejarse tocar, mostrar o exhibir su cuerpo sin su libre consentimiento.
 107. La Comisión Nacional observa una falta de consideración a la situación en la que los alumnos y alumnas se pudieron haber sentido indignados al ser objeto de una investigación intrusiva y totalmente desproporcional con el objetivo de encontrar un celular extraviado. Particularmente, AR2, en ningún momento tuvo consideración particular para V3, quien tiene una discapacidad de lenguaje y que por lo dicho de V1 y V2 se encontraba llorando, clara evidencia de que la revisión y la orden de desprenderse de sus vestimentas le estaba ocasionando una afectación a su persona y su interés superior como niño.
 108. Tampoco se valoró el hecho de que si las revisiones a las alumnas y alumnos se llevaba a cabo de manera pública, y no de forma individual y privada, les podría causar un perjuicio al derecho fundamental al buen nombre, entendido éste como la valoración positiva de las características personales, espirituales y sociales de la persona por parte de los miembros de un grupo social.
 109. El hecho de que se haya considerado a todos los alumnos como sospechosos del presunto robo, y hayan sido objeto de revisiones infundadas perturbó la estimación del alumnado y su propia imagen ante la colectividad educativa, lo que pudo haberse traducido en un maltrato psicoemocional en perjuicio de éstos y la exposición, señalamiento y eventual burla del resto de la colectividad del centro educativo.
 110. Por tanto, en el presente caso AR1 y AR2, al establecer medidas intrusivas sobre el cuerpo de sus alumnos y alumnas y no haber considerado los efectos negativos que éstas pudieran tener sobre su intimidad, al ser un grupo de adolescentes, tuvo como resultado una violación al interés superior de la niñez, como norma de procedimiento, en agravio de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9 y V10.
 111. En virtud de las consideraciones expuestas, el interés superior de los adolescentes del sexto año, en su concepto triple, fue transgredido. Por un lado, AR1 resultó responsable por la práctica de las inspecciones corporales practicadas entre los alumnos bajo su supervisión; y por otro AR2 lo fue por ordenar las medidas que condujeron a que los alumnos varones se vieran obligados a desvestirse, so pretexto de un procedimiento de investigación causado por un objeto extraviado en el CE1.
 112. No pasa desapercibido que la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, publicada el 4 de diciembre de 2014, establece en el artículo 18 que todas las medidas concernientes a las niñas, niños y adolescentes que tomen los órganos jurisdiccionales, autoridades administrativas y órganos legislativos, se tomará en cuenta, como consideración primordial, el interés superior de la niñez y que dichas autoridades deben elaborar los mecanismos necesarios para garantizar este principio. Lo anterior, constituye una normatividad que debe ser observada en lo sucesivo por todas las autoridades educativas que tienen contacto con niños y adolescentes.

D) Precedentes relacionados

113. Es preciso señalar que la violación a los derechos humanos a la intimidad, seguridad jurídica y el interés superior de los niños y niñas han constituido una constante preocupación para la Comisión Nacional, pues re-

- presenta un agravio al interés superior de la niñez y denotan una falta de implementación de acciones efectivas encaminadas a prevenir estos hechos.
114. Esta situación fue objeto del pronunciamiento de la Comisión Nacional, contenido en las Recomendaciones 61/2012, del 31 de octubre de 2012, sobre el Caso de los Alumnos de la Escuela Primaria “Club de Leones” perteneciente a la Secretaría de Educación en el Estado de Michoacán, y 65/2013 del 28 de noviembre de 2013, sobre el caso de la violación a los derechos a la integridad personal, libertad sexual, educación, sano desarrollo, trato digno y seguridad jurídica en agravio de las alumnas de la escuela telesecundaria 1, en la comunidad El Saladillo, municipio de Pánfilo Natera, en el Estado de Zacatecas.
 115. En el primer caso, hubo una inspección a las cosas personales y revisión corporal de los alumnos, en donde docentes del plantel los obligaron a retirarse prendas de vestir para encontrar el dinero perdido de una compañera que se había extraviado.
 116. En el segundo caso, una maestra de la escuela y una empleada de intendencia revisaron la ropa interior de las alumnas para tratar de encontrar a la responsable de haber pegado una toalla sanitaria en el baño de la escuela. En ambos casos la Comisión Nacional se pronunció en contra de estas medidas disciplinarias arbitrarias e irregulares para la revisión a los niños y las niñas, sobre los límites del personal docente en las escuelas y de su trascendencia física y emocional en los menores.
 117. El hecho de que ocurran situaciones como las observadas en el presente caso, aunado a lo ya observado en las Recomendaciones precedentes citadas, ponen en evidencia una problemática que se ha reiterado a las autoridades educativas, por lo que la repetición en este caso evidencia que no se han implementado acciones efectivas o han resultado insuficientes para prevenir hechos de tal naturaleza.
 118. De lo anterior, se puede señalar que si bien existe normatividad de actuación de la autoridad docente en el “Reglamento General de los Planteles de la Dirección General de Educación Técnica Industrial” y en la Ley General de la Educación, la Comisión Nacional considera que se deben incorporar procedimientos detallados, que señalen expresamente las formas de actuación de la autoridad educativa, docentes y prefectos, ante incidencias como el robo o extravío de pertenencias, en el que se establezcan directrices, personal competente para llevarlos a cabo y se considere en todo momento el interés superior de la niñez y sus derechos humanos. Tanto en el protocolo de actuación o procedimiento como en las medidas que se tomen para solucionar los problemas ante las incidencias que se presenten en los centros escolares, sobre todo ante el supuesto de robo o extravío de objetos.
 119. La Comisión Nacional hace especial énfasis en el deber de los centros educativos para ofrecer una educación integral, que comprenda no solamente el acceso a la implementación de procesos didácticos y pedagógicos del conocimiento, sino también que garantice que la educación persiga la realización y desarrollo personal de los estudiantes.
 120. El Comité de los Derechos del Niño ha manifestado su preocupación por el interés superior de los niños y ha insistido a los Estados parte, entre ellos al Estado Mexicano que debe garantizarse la aplicación del interés superior del niño en su concepto triple, especialmente en las instituciones sociales, como es el caso de la escuela o un centro educativo.
 121. En efecto, en las “Observaciones finales emitidas por el Comité de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas, respecto al III Informe de México sobre la Niñez”, del 8 de junio de 2006, el Comité externó su preocupación por *“la falta de eficacia de las medidas adoptadas para dar efectividad a los derechos reconocidos en la Convención [Americana sobre Derechos Humanos] y permitir que los titulares de esos derechos los hagan prevalecer”*.¹⁰ El Comité recomendó a México *“adoptar medidas [...], a fin de proteger a todos los niños de cualquier tipo de violencia física o mental, e impulsar la adopción de medidas concretas y con plazos, cuando proceda, a fin de prevenir ese tipo de violencia y malos tratos y responder a ellos”*.¹¹
 122. En el mismo sentido en las “Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto consolidados de México” del 8 de junio de 2015, el referido Comité refrendó la importancia del derecho de los niños y *“a que*

¹⁰ Párrafo 6.

¹¹ Párrafo 45.

su interés superior sea una consideración primordial¹² y que a la luz de su Observación General No. 14, instó al Estado Mexicano a redoblar sus esfuerzos para “velar porque ese derecho sea debidamente integrado y consistentemente aplicado en todos los procedimientos y decisiones de carácter legislativo, administrativo y judicial, así como en todas las políticas, programas y proyectos, que tengan pertinencia para los niños y los afecten”.¹³

123. Ante ello, las Instituciones Educativas, deben prestar especial atención a la correcta aplicación y observancia de la normatividad y disposiciones que regulan su actuación, pues de esta manera se cumplen con el derecho a la seguridad jurídica y, consecuentemente, se cumplen también los objetivos de la educación integral y el desarrollo de los alumnos.
124. En este sentido, cuando los alumnos son forzados a desnudarse parcial o totalmente, además de no estar previsto en normatividad alguna, es una medida en franca contravención a sus derechos humanos, como el derecho a la intimidad y el interés superior de la niñez. Todo ello en aras de encontrar un objeto extraviado dentro del plantel, lo cual se encuentra fuera de objetivos educativos o principios de la educación, pues generan evidentemente efectos contrarios.
125. Por lo anterior, con fundamento en los artículos 1o., párrafo tercero, 3o., párrafo tercero, y 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6o., fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existen elementos de convicción suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja en el OIC-SEP en contra de los docentes AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, a fin de que se determinen las responsabilidades de los servidores públicos de la SEP que intervinieron en los hechos violatorios a derechos humanos acreditados en el caso y se sancione a los responsables de las violaciones a derechos humanos.
126. No pasa desapercibido que los derechos violentados por AR1 y AR2, materia de la presente Recomendación, se encuentran previstos en la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, publicada el 4 de diciembre de 2014 en el *Diario Oficial de la Federación*, no vigente al momento de los hechos, pero aplicable desde su fecha de publicación, a todas las autoridades y servidores públicos que se encuentran en contacto con niños, niñas y adolescentes durante el ejercicio de sus funciones, particularmente aquellos dedicados a la educación y a la docencia.

E) Reparación del daño integral a la víctima.

Formas de dar cumplimiento a la recomendación

127. Debe precisarse que si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad del Estado consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1°, párrafo tercero, y 113, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 1°, 2° y 9 de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales.
128. Asimismo, de conformidad con el artículo 1°, párrafos tercero y cuarto, de la Ley General de Víctimas, existe la obligación de las autoridades de todos los ámbitos de gobierno a reparar a las víctimas de una forma integral, y de manera correlativa a esta obligación, el derecho que tienen las víctimas a ser reparadas de manera integral por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones a derechos humanos que les causaron, a través de medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición, previsto en el artículo 7, fracción II y 26 de la Ley General de Víctimas.

¹² Párrafo 20.

¹³ *Idem*.

129. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VI, 67, 68, 88, fracción II, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c), 11, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, al acreditarse violaciones a los derechos a la intimidad, seguridad jurídica e interés superior del menor en agravio de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9 y V10, se deberán inscribir en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso a los derechos y garantías establecidas para las víctimas, así como al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida Ley.
130. En primer lugar, para reparar el daño que se establece en el punto primero recomendatorio, deberán considerarse los daños psicológicos sufridos por las víctimas, para ello resulta necesario localizar a los alumnos y alumnas del sexto grado, además de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, que se encontraban en el salón de clases el día de los hechos y ofrecerles a todas ellas apoyo psicológico, escuchando las necesidades particulares de las mismas y privilegiando siempre el interés superior de la niñez. La atención deberá ser proporcionada por un profesional especializado hasta la total rehabilitación de las víctimas. Esta atención deberá ser gratuita y brindarse en un lugar accesible para las víctimas.
131. De darse el caso en el que las víctimas no deseen recibir atención psicológica, se podrá dar cumplimiento al punto primero enviando las constancias que se acrediten haber realizado el ofrecimiento manteniendo el compromiso de proporcionarlo de ser requerido en un futuro.
132. Con respecto al segundo punto recomendatorio, la autoridad deberá instruir a la Dirección General de Educación Tecnológica Industrial emita disposiciones normativas en las que se precisen los procedimientos que deberán seguir los profesores ante las denuncias de robo o de desaparición de objetos dentro de los planteles escolares y emita lineamientos de actuación que procederán en los casos de inspecciones físicas y revisión de pertenencias. Ambos lineamientos serán aplicables a todos los planteles educativos de educación media superior. Deberá precisarse: a) la autoridad docente o personal del plantel que estará facultada para implementar los procedimientos mencionados; b) la naturaleza de la infracción cometida por el alumno y c) la duda razonable respecto a determinado o determinados alumnos que pudieran ocultar objetos relacionados con la infracción. La finalidad es respetar el interés superior de la niñez, los derechos humanos de los menores y establecer la proporcionalidad de la infracción correlativa a la medida de actuación.
133. Las medidas de revisión e inspección que se prevean en la normatividad deben justificarse en razón de evitar un riesgo y de salvaguardar la seguridad e integridad del alumnado, docentes y personal del plantel, pues la seguridad en las escuelas es una condición imprescindible para que niños y adolescentes estudien y aprendan; constituye una garantía para hacer efectivo el ejercicio del derecho de niños, niñas y adolescentes a la educación. Asimismo, se deberá considerar con la normatividad la realidad dinámica de las escuelas, incluyendo las soluciones frente a problemas relativos a las faltas de disciplina o conducta de los alumnos que se presentan en la vida cotidiana, sin dejar de mencionar aquellos en los que se involucre la pérdida, robo o extravío de algún objeto. Este punto se tendrá por cumplido con el envío de las constancias de emisión de ambas disposiciones en los términos referidos.
134. Con respecto al tercer punto recomendatorio, a fin de que los docentes y personal de los centros educativos tengan una mejor noción de los derechos humanos, así como una mejor conciencia con relación a la implementación de medidas disciplinarias que afectan y perjudican los derechos de los alumnos, la autoridad deberá instruir a la Dirección General de Educación Tecnológica Industrial para que se difunda a través de medios electrónicos información respecto a los derechos humanos violentados en los criterios emitidos en la presente Recomendación, en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Esta difusión deberá ser amplia y deberá incluir: a) una descripción de los derechos a la intimidad, seguridad jurídica e interés superior de los niños y las niñas; b) cómo se pueden resguardar y proteger estos derechos y c) las acciones realizadas por los docentes que los violentan. Este punto se tendrá por cumplido con el envío de las constancias de la publicación de la información en los términos referidos. Asimismo, respecto a la capacitación, deberán de brindarse cursos de en materia de derechos humanos dirigidos al personal docente del Centro de Estudios de Educación Media Superior en donde sucedieron los hechos materia de la presente Recomendación, con la intención de hacerlo extensivo a el resto de los

Centros de la misma naturaleza que se ubiquen en el Distrito Federal. Se tendrá por cumplido con el envío de las constancias de los cursos realizados.

135. A efecto de calificar el cumplimiento al punto cuarto recomendatorio, relacionado con la colaboración en la queja que presentará la Comisión Nacional, deberán informarse las acciones de colaboración que efectivamente han realizado, atendiendo los requerimientos de las instancias investigadoras de forma oportuna y completa, absteniéndose de obstruir las investigaciones. Asimismo, valorar la pertinencia de ubicar a AR1 y AR2 en actividades en las que no tengan contacto con los grupos de estudiantes, hasta que exista una resolución, sobre su responsabilidad por parte de los órganos administrativos correspondientes.
136. Finalmente, para cumplir con el punto quinto recomendatorio, la autoridad deberá de inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9 y V10 a efecto de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, a los derechos y beneficios previstos en la Ley General de Víctimas, así como al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; atendiendo los requerimientos que le haga la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas de manera pronta y oportuna.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente, a usted, señor secretario de Educación Pública, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Otorgar atención psicológica a todas las víctimas que fueron objeto de los hechos motivo de la presente Recomendación, enviando a la Comisión Nacional, las pruebas de su cumplimiento.

SEGUNDA. Girar instrucciones a efecto de que el sistema educativo emita disposiciones normativas para prever situaciones como el robo o extravío de objetos, inspecciones corporales y revisión de pertenencias.

TERCERA. Girar instrucciones a efecto de que todo el personal docente del Centro de Estudios de Educación Media Superior reciba capacitación en materia de derechos humanos violentados en la presente Recomendación, así como también, sea difundida dicha información a través de medios electrónicos y se envíen a la Comisión Nacional, las pruebas que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Colaborar ampliamente con la Comisión Nacional en el trámite de la investigación administrativa ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Educación Pública, en contra de los servidores públicos que intervinieron en los hechos y remita a la Comisión Nacional las constancias correspondientes y aquellas que le sean solicitadas.

QUINTA. Colaborar con la Comisión Nacional en el seguimiento e inscripción de V1 a V10, en el Registro Nacional de Víctimas y se remitan las constancias de su cumplimiento.

137. 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 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.
138. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación.

139. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro 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.
140. Finalmente, 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 las legislaturas de las entidades federativas, su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE
LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ

Sobre el caso de la muerte de la niña V1, persona en migración no acompañada de nacionalidad ecuatoriana, ocurrida en el albergue A1, en Ciudad Juárez, Chihuahua

Síntesis

1. El 11 de marzo de 2014, AR1, a través del oficio 653/2014, comunicó a este Organismo Nacional que en la AP1, instruida en contra de PR1, se tenía en calidad de víctima a la niña V1, quien con motivo de los hechos se encontraba bajo la atención del albergue A1. Ese mismo día, la Comisión Nacional tuvo conocimiento a través de una nota periodística publicada en un diario de circulación local de Ciudad Juárez, que alrededor de las 16:00 horas del 10 (síc) de marzo de 2014, la niña V1 fue encontrada sin vida en un baño del albergue A1.
2. Con fecha 14 de marzo de 2014 se solicitó al Fiscal General del Estado de Chihuahua que ejerciera sus facultades a fin de evitar violaciones a derechos humanos y dictara las medidas necesarias para permitir que personal de esta Institución Nacional realizara trabajos de campo con el fin de documentar los hechos y recopilar testimonios y documentos, los cuales tuvieron lugar del 19 al 21 de marzo de 2014.
3. Iniciada la investigación en el expediente CNDH/5/2014/1890/Q, se solicitó información a la Procuraduría General de la República, al Instituto Nacional de Migración, a la Fiscalía General del Estado de Chihuahua y a la Subprocuraduría Auxiliar de Asistencia Jurídica y Social de Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Chihuahua (DIF Estatal) en esa entidad federativa y, en colaboración, a la Secretaría de Relaciones Exteriores, a la Presidencia Municipal de Ciudad Juárez y al Juzgado Noveno de Distrito en ese Estado, información cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

Observaciones

4. Los hechos del caso se producen en un entorno en el cual México, como país de origen y tránsito migratorio, se enfrenta a un importante aumento en la afluencia de niñas, niños y adolescentes (NNA) no acompañados mexicanos y de diversas nacionalidades, que atraviesan su territorio con destino a los Estados Unidos de América porque se ven forzados a dejar sus países de origen por diversas causas. Este sector de la pobla-

ción en migración proviene, entre otras regiones, de países centroamericanos y sudamericanos que durante su trayecto cruzan por Honduras, El Salvador y/o Guatemala.

5. La valoración lógico jurídica de las evidencias que integran el expediente de queja CNDH/5/2014/1890/Q, realizada en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, revela que en el caso se cuenta con elementos suficientes para evidenciar violaciones a los derechos humanos a la integridad personal, al debido proceso y de acceso a una vida libre de violencia, así como la omisión en la atención del interés superior de la niñez en perjuicio de la niña V1, así como de V2 y V3, de conformidad con las siguientes consideraciones.
6. De la evidencia recabada durante la investigación que motivó la presente Recomendación, por una parte, que AR1 y AR2 omitieron brindar atención psicológica oportuna a la niña V1 a pesar de que recibirla resultaba indispensable y primordial en todo momento por ser una niña en situación de riesgo o desamparo y víctima del delito, cuyo derecho a la integridad personal en su modalidad psicológica debía quedar prioritariamente salvaguardado, máxime que se encontraba en camino a conocer y reunirse con sus padres, separada de sus familiares conocidos o de alguna persona adulta que por ley o costumbre tuviera a cargo su cuidado, condiciones que le dificultaban ejercer por sí misma su derecho de atención psicológica, lo cual obligaba a AR1 y AR2 que dictaran las medidas al efecto. Además, de las constancias que obran en el expediente se advierte que AR1 en ningún momento proveyó medidas para la protección del derecho a la integridad psicológica y que la atención psicológica proporcionada por SP4 a cargo de AR2 resultó inoportuna, toda vez que sólo se verificó el estado emocional de la niña V1 el mismo día en que dispuso de su vida y no con la anticipación y prioridad que permitiera un seguimiento útil para recabar información sobre su estado psicológico desde el día viernes 7 de marzo de 2014. Este retraso en la atención del estado emocional que cursaba la niña V1 provocó la vulneración de su derecho a la integridad psicológica, en tanto que desatendió la afectación psicológica que cursaba e imposibilitó su documentación para la toma de medidas de protección adecuadas. La violación del derecho a la integridad

psicológica de la niña V1 no sólo fue por omisión sino que también se produjo mediante conductas de acción realizadas por servidores públicos de la Procuraduría General de la República y del DIF Estatal. Según opinión especializada en materia de psicología rendida por un perito de esta Institución Nacional, las conductas de AR1 consistentes en entrevistar en forma hostil a la niña V1, gritándole, así como despertarla durante la madrugada para firmar su declaración ministerial, le causaron un daño psicológico que agravó su posiblemente ya deteriorado estado emocional, de antemano desatendido.

7. En otro tenor, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos advierte que AR1 vulneró el derecho al debido proceso de la niña V1 y su deber de protección especial al no tomar en cuenta el interés superior de la niñez. En el marco de la AP1 y particularmente en relación con la toma de la declaración ministerial de la niña V1, la cual atendiendo a su muy particular situación de vulnerabilidad debió darle un trato diferenciado. De lo anterior se advierte que AR1 incurrió en la vulneración de este derecho al haber tomado la declaración ministerial de la niña V1 sin la presencia de un especialista o psicólogo, en un solo acto aislado y apresurado durante el cual incluso le gritó y posteriormente hizo que fuera despertada a la mitad de la madrugada.
8. Por otra parte, el análisis de los sucesos ocurridos revela que se violó en perjuicio de la niña V1 el derecho a una vida libre de violencia. AR1 ejerció violencia innecesaria sobre la niña V1 al gritarle por no proporcionarle los nombres de sus padres y hermanos en franca desatención al hecho de que no los conocía, por y en presencia de servidores públicos encargados de su bienestar, en tanto era víctima de la investigación ministerial de la que AR1 era responsable, además de realizar las acciones necesarias para que su sueño fuera interrumpido a la mitad de la madrugada y sin que se opusiera T1, aspecto que el DIF Estatal deberá a la luz del estudio de las medidas que se deben tomar para cumplir con la obligación de la supervisión y vigilancia de los albergues y del cumplimiento de las responsabilidades que tienen los directores, encargados, representantes legales, socios, titulares o responsables legales de los mismos por sí o por conducto del personal a su cargo, para garantizar la integridad física, psicológica y jurídica de los residentes mientras éstos permanezcan bajo su resguardo y el replanteamiento que haga del convenio que tiene con los mismos para poner como eje de dicha relación el interés superior de la niñez.
9. Finalmente, al tener en consideración el contenido normativo del principio en estudio, así como las conductas activas y omisivas desplegadas por las autoridades AR1 y AR2 durante el tiempo que la situación de la niña V1 estuvo en su responsabilidad, resulta claro determinar que desatendieron su deber de valorar su interés superior en las tres acepciones mencionadas, como derecho sustantivo, como norma de procedimiento y como principio jurídico interpretativo, lo cual impactó en la violación de sus derechos a la integridad personal, al debido proceso y a una vida libre de violencia.

Por lo antes descrito, la Recomendación se dirigió a la Procuradora General de la República y al Gobernador Constitucional del Estado de Chihuahua.

Recomendaciones

A la Procuradora General de la República:

PRIMERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda a efecto de que se proceda a la reparación del daño ocasionado a V2 y V3 que incluya la indemnización y la atención psicológica necesaria, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento. Esta medida deberá tomarse con las precauciones debidas que salvaguarden la seguridad y no afectación de las circunstancias de vulnerabilidad de V2 y V3.

SEGUNDA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que se extienda una disculpa pública institucional adecuada a V2 y V3 en que se reconozca la responsabilidad institucional con motivo de la violación a sus derechos humanos como víctimas indirectas, así como de la niña V1. Esta medida deberá tomarse con las precauciones debidas que salvaguarden la seguridad y no afectación de las circunstancias de vulnerabilidad de V2 y V3.

TERCERA. Instruir a quien corresponda para que se imparta a los agentes del Ministerio Público de la Federación adscritos en el Estado de Chihuahua un curso de capacitación obligatorio sobre los derechos de los NNA en migración no acompañados y su deber especial de protección, en el que se logre concientizar la situación especial en la que se encuentran; asimismo, se establezcan estrategias para que los cursos de capacitación sean extensivos a todos los integrantes de esa dependencia y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se elabore un protocolo de actuación con base en los estándares de protección especial de derechos humanos para NNA en migración no acompañados, así como los deberes establecidos en la "Opinión Consultiva OC-21/14 sobre derechos y garantías de niñas y niños en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional" de la Corte Interamericana de Derechos Humanos emitida el 19 de agosto de 2014, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Participe 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 ser AR1 servidora pública federal y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Instruya a quien corresponda para que se aporten todos los elementos necesarios en el procedimiento administrativo de investigación que se inicie con motivo de la denuncia que esta

Comisión Nacional presente ante el Órgano Interno de Control en la Procuraduría General de la República, contra AR1, involucrada en los hechos de la presente recomendación, al que debe agregarse copia de la presente recomendación y se informe a esta Comisión Nacional la determinación que en su momento se emita.

SÉPTIMA. Participe ampliamente con este organismo constitucional autónomo, en el seguimiento e inscripción de V2 y V3 en el Registro Nacional de Víctimas, a efecto de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

Al Gobernador Constitucional del Estado de Chihuahua:

PRIMERA. Instruir a quien corresponda para que se imparta a los elementos de la Procuraduría Auxiliar de Asistencia Jurídica y Social del Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Chihuahua un curso de capacitación obligatorio sobre los derechos de los NNA en migración no acompañados y su deber especial de protección, en el que se logre concientizar la situación especial en la que se encuentran; asimismo, se establezcan estrategias para que los cursos de capacitación sean extensivos a todos los integrantes de esa dependencia y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que se extienda una disculpa pública institucional adecuada a V2 y V3 en que se reconozca la responsabilidad institucional con motivo de la violación a sus derechos humanos como víctimas indirectas, así como de la niña V1. Esta medida deberá tomarse con las precauciones debidas que salvaguarden la seguridad y no afectación de las circunstancias de vulnerabilidad de V1 y V2.

TERCERA. Se elabore un protocolo de actuación con base en los estándares de protección especial de derechos humanos para NNA

en migración no acompañados, así como los deberes establecidos en la "Opinión Consultiva OC-21/14 sobre derechos y garantías de niñas y niños en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional", de la Corte Interamericana de Derechos Humanos emitida el 19 de agosto de 2014, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Instruya a quien corresponda para que se aporten todos los elementos necesarios en los procedimientos administrativos de investigación que se inicien con motivo de la denuncia que esta Comisión Nacional presente ante el Órgano Interno de Control en el DIF Estatal de esa entidad federativa, contra AR2, autoridad involucrada en los hechos de la presente recomendación, así como para que se investigue la posible responsabilidad respecto de la omisión en la supervisión y vigilancia que debe existir en los albergues con los que ha firmado convenios el DIF Estatal y del cumplimiento de las responsabilidades que tienen los directores, encargados, representantes legales, socios, titulares o responsables legales de los mismos por sí o por conducto del personal a su cargo, para garantizar la integridad física, psicológica y jurídica de los residentes mientras éstos permanezcan bajo su resguardo, al que debe agregarse copia de la presente recomendación y se informe a esta Comisión Nacional la determinación que en su momento se emita.

QUINTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que se construya un memorial en alusión al deber de protección especial de los derechos de los NNA en migración no acompañados.

SEXTA. Se elabore un protocolo, se realice un programa y se imparta un curso de capacitación que fortalezcan el deber de prevención y amplíen la esfera de protección de las instituciones de gobierno del estado de Chihuahua que brinden alojamiento a NNA en estado de vulnerabilidad que tienen bajo su cuidado y protección, incluyendo el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Chihuahua, dirigidos tanto a personal de la citada institución como a cualquier persona que labore en los centros con los que tenga convenios para brindar alojamiento.

**Sobre el caso de la muerte de la niña V1,
persona en migración no acompañada de nacionalidad ecuatoriana,
ocurrida en el albergue A1, en Ciudad Juárez, Chihuahua.**

México, D. F., 27 de julio de 2015

**Mtra. Arely Gómez González
Procuradora General de la República**

**Lic. César Horacio Duarte Jaquez
Gobernador del Estado de Chihuahua**

Distinguidos señora y señor:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1o., párrafos primero, segundo y tercero; 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1o., 3o., párrafos primero y segundo, 6o., fracciones 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 y 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/5/2014/1890/Q, relacionados con el caso de la niña V1.
2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas y a fin de evitar que su nombre y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4o., párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno. La información se hará del conocimiento de las autoridades recomendadas, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes, y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. El 11 de marzo de 2014, AR1, a través del oficio 653/2014, comunicó a este Organismo Nacional que en la AP1, instruida en contra de PR1, se tenía en calidad de víctima a la niña V1, quien con motivo de los hechos se encontraba bajo la atención del albergue A1.
4. Ese mismo día, la Comisión Nacional tuvo conocimiento a través de una nota periodística publicada en un diario de circulación local de Ciudad Juárez, que alrededor de las 16:00 horas del 10 (sic) de marzo de 2014, la niña V1 fue encontrada sin vida en un baño del albergue A1.
5. Con fecha 14 de marzo de 2014 se solicitó al Fiscal General del Estado de Chihuahua que ejerciera sus facultades a fin de evitar violaciones a derechos humanos y dictara las medidas necesarias para permitir que personal de esta Institución Nacional realizara trabajos de campo con el fin de documentar los hechos y recopilar testimonios y documentos, los cuales tuvieron lugar del 19 al 21 de marzo de 2014.
6. Iniciada la investigación en el expediente CNDH/5/2014/1890/Q, se solicitó información a la Procuraduría General de la República, al Instituto Nacional de Migración, a la Fiscalía General del Estado de Chihuahua y a la Subprocuraduría Auxiliar de Asistencia Jurídica y Social de Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Chihuahua (DIF Estatal) en esa entidad federativa y, en colaboración, a la Secretaría de Relaciones Exteriores, a la Presidencia Municipal de Ciudad Juárez y al Juzgado Noveno de Distrito en ese Estado, información cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

7. Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 132, fracción II, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a continuación se enunciarán parte de las evidencias base del análisis jurídico del caso con las cuales se demuestran las violaciones a derechos humanos, integradas al expediente en que se actúa.
8. Oficio 653/2014, recibido el 11 de marzo de 2014 en esta Comisión Nacional, con el cual AR1 informó que en la AP1 se tenía en calidad de víctima a la niña V1.
9. Nota periodística del diario de circulación local *El Diario Mx*, en el Estado de Chihuahua, de 11 de marzo de 2014, en la que se narran los hechos en que perdiera la vida la niña V1.
10. Oficio CJ JL 127/14, de 21 de marzo de 2014, con el cual la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua remitió el original del expediente EQ1 a este Organismo Nacional, del que destacan los siguientes documentos:
 - 10.1. Oficio sin número, de 14 de marzo de 2014, suscrito por el Director General del organismo público descentralizado denominado Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Chihuahua, con el cual rindió un informe relacionado con los hechos materia de la queja.
 - 10.2. Acta Circunstanciada, de 19 de marzo de 2014, en la que personal de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua hizo constar diligencia practicada con T1, encargada del cuidado de los niños en el albergue A1.
11. Actas Circunstanciadas, de 19 y 24 de marzo de 2014, en que personal de esta Comisión Nacional hizo constar que se realizaron trabajos de campo con el fin de documentar los hechos y recopilar testimonios y documentos, los cuales tuvieron lugar del 19 al 21 de marzo de 2014, entre ellos la diligencia de revisión del cuerpo sin vida de la niña V1, realizada con personal pericial de esta Institución Nacional y de la Procuraduría General de la República, el 21 de marzo de 2014.
12. Acta Circunstanciada, de 25 de marzo de 2014, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que, vía telefónica, SP1 informó que con motivo de los hechos en que la niña V1 perdió la vida, en la mesa especializada de Delitos de Alto Impacto de la Delegación de la Procuraduría General de la República en Ciudad Juárez, Chihuahua, se dio inicio a la AP3.
13. Oficio número 2857, de 4 de abril de 2014, por el que el Juez Noveno de Distrito en el Estado de Chihuahua remitió a esta Comisión Nacional copias certificadas de la causa penal CP1, instruida en contra de PR1 con motivo de la probable comisión del delito de tráfico de indocumentados, de la que destacan las constancias siguientes:
 - 13.1. Acuerdo de inicio de la AP1, de 7 de marzo de 2014.
 - 13.2. Declaración de la niña V1 realizada el 8 de marzo de 2014, ante AR1, responsable de integrar la AP1.
 - 13.3. Oficio 1849, de 9 de marzo de 2014, con el cual se comunicó al Delegado de la Procuraduría General de la República en el Estado de Chihuahua, la orden del Juez Noveno de Distrito en esa entidad federativa de poner formalmente a la niña V1, en calidad de persona en migración no acompañada, a disposición del Instituto Nacional de Migración.
 - 13.4. Oficio 642/2014, de 9 de marzo de 2014, con el cual AR1 hizo del conocimiento de SP6 que la niña V1 tenía calidad de víctima en la AP1 y se encontraba en el albergue A1, para los efectos que legalmente le competían en cuanto a su protección y seguridad.
 - 13.5. Oficios 648/2014 y 651/2014, ambos de 9 de marzo de 2014, con los cuales AR1 informó a AR2 y a la Presidenta del DIF Estatal de la calidad de víctima que tenía la niña V1 en la AP1 y que se encontraba en el albergue A1, para que tomaran la intervención que legalmente les competía en relación con su protección y seguridad.
14. Oficio INM/DGJDHT/DDH/641/2014, de 8 de abril de 2014, firmado por la Directora de Derechos Humanos de la Dirección General Jurídica de Derechos Humanos y Transparencia del Instituto Nacional de Migración, al que adjuntó el diverso INM/DFCHIH/DAJ/134/2014, de 7 de abril de 2014 y firmado por SP6, con el que rindió informe solicitado y agregó copias de los siguientes documentos de relevancia:

- 14.1.** Oficio DFCHIH/DAJ/102/2014, de 11 de marzo de 2014, mediante el que SP6 solicitó a AR2 que tomara las medidas necesarias a efecto de brindar protección a la niña V1 y salvaguardar sus derechos.
- 14.2.** Oficios DFCHIH/EMJUA/401/2014 y DFCHIH/EMJUA/403/2014, de 11 y 12 de marzo de 2014, respectivamente, signados por SP13, en los cuales se comisionó a SP14, SP15 y SP16, Oficiales de Protección a la Infancia, para que entrevistaran a la niña V1 en el albergue A1; así como los partes informativos relativos a las visitas realizadas en esas fechas.
- 15.** Oficio ASJ- (*sic*), de 16 de abril de 2014, suscrito por el Subdirector de Asuntos Penales de la Dirección Jurídico Contenciosa de la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Consultoría Jurídica de la Secretaría de Relaciones Exteriores, al que adjuntó el diverso ASJ-10807, de 4 de abril del año citado, con el cual se informó que la embajada de la República del Ecuador en México, a través de la nota diplomática 4-2-49-2014, señaló que la niña V1 nació el 30 de mayo de 2001 en la provincia del Cañar, Ecuador.
- 16.** Oficio SAAJSDB 430/14, de 17 de abril de 2014, con el cual AR2 rindió un informe pormenorizado con relación a la participación que tuvo en los hechos materia de queja y remitió copia certificada del convenio de concertación social celebrado entre el DIF Estatal y T2, representante legal de la asociación civil que opera el albergue A1, y del expediente relativo al Procedimiento Administrativo de Protección PAP1, correspondiente a la niña V1, de cuyo contenido destacan las siguientes documentales:
- 16.1.** Auto de Radicación del Procedimiento Administrativo de Protección PAP1, de 7 de marzo de 2014, firmado por AR2 con el cual dio cuenta del caso de la niña V1, ordenó su ingreso en el albergue A1 y determinó que gozaba de la Tutela Pública del Estado a través de la Procuraduría Auxiliar de Asistencia Jurídica y Social del DIF Estatal, hasta en tanto se contara con los elementos para resolver su situación jurídica.
- 16.2.** Formulario de ingreso de Menores Tutelados, de 7 de marzo de 2014, autorizado por AR2.
- 16.3.** Acta de Comparecencia, de 7 de marzo de 2014, en que se hizo constar lo manifestado por la niña V1 ante personal de la Subprocuraduría Auxiliar de Asistencia Jurídica y Social del DIF Estatal.
- 16.4.** Oficio sin número, de 7 de marzo de 2014, con el cual personal del DIF Estatal solicitó el ingreso de la niña V1 al albergue A1.
- 16.5.** Escrito de la niña V1, de 8 de marzo de 2014, el cual realizó en presencia de SP2 en el que describió las circunstancias en que fue asegurada.
- 16.6.** Ficha Informativa, sin fecha, suscrita por SP3 donde refirió los hechos ocurridos en la noche del 8 de marzo de 2014.
- 16.7.** Valoración Psicológica realizada a la niña V1 el 11 de marzo de 2014, por SP4.
- 16.8.** Actas de Comparecencias, de 11 de marzo de 2014, en las que T2, T3, T4 y T5, respectivamente, todos del albergue A1, refirieron los hechos en que la niña V1 perdió la vida ese mismo día.
- 16.9.** Ficha Informativa, de 18 de marzo de 2014, signada por SP2, en la que informó sobre los hechos ocurridos el día 8 y la madrugada del 9 de marzo de 2014, en que personal de la Procuraduría General de la República acudió al albergue A1 para recabar la firma de la niña V1 en su declaración ministerial, toda vez que se debía transcribir su comparecencia.
- 17.** Oficio SSPM-CNDH-IHR-389-2014, de 23 de abril de 2014, remitido por el titular de la Secretaría de Seguridad Pública Municipal de Ciudad Juárez, al que se anexó copia del diverso DPS/427/04/14, con el cual la Dirección de Prevención Social de esa dependencia rindió un informe a esta Comisión Nacional sobre los hechos materia de queja y agregó los siguientes documentos de relevancia:
- 17.1.** Parte informativo de 6 de marzo de 2014, signado por los agentes SP7, SP8 y SP9 al cual se anexó el oficio PEU/DGPEU/161/2014, de esa misma fecha, con el cual a las 2:08 horas del día siguiente, personal del Departamento Jurídico de la Policía Estatal Única de la División Preventiva Zona Norte de la Fiscalía General del Estado de Chihuahua, puso a la niña V1 a disposición del titular del Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Seguridad Pública Municipal.
- 17.2.** Entrevista realizada a la niña V1 a las 03:43 horas del 7 de marzo de 2014 por SP5, sobre las circunstancias en que fue asegurada.
- 17.3.** Oficio 249-14, de 7 de marzo de 2014, con el cual SP10 puso a la niña V1 en su calidad de víctima del delito en materia de migración, a disposición de AR2, a las 9:27 horas, así como certificado médico con folio número 49677, suscrito por el médico adscrito a la Secretaría de Seguridad Pública Municipal.

18. Oficio FEAVOD/UDH/CNDH/698/2014, de 23 de abril de 2014, suscrito por el Fiscal Especializado de Atención a Víctimas y Ofendidos del Delito de la Fiscalía General del Estado de Chihuahua, con el cual dio respuesta a la solicitud de información formulada por este Organismo Nacional y remitió copia de la carpeta de investigación CI1, iniciada por el delito de homicidio cometido en agravio de la niña V1, de la que destacan las constancias siguientes:
 - 18.1. Constancias Ministeriales, de 12 de marzo de 2014, en que constan las declaraciones del personal del albergue A1, testigos de los hechos en que la niña V1 falleció, a saber: T2, T6, T3, T4, T5, T7 y T1.
 - 18.2. Constancia ministerial, de 21 de marzo de 2014, en que consta la declaración de SP4, en calidad de testigo.
19. Oficio 03086/14 DGPCDHQI, de 16 de mayo de 2014, suscrito por el titular de la Dirección General de Promoción de la Cultura en Derechos Humanos, Quejas e Inspección de la Procuraduría General de la República, al que anexó copia del diverso DECH/2232/2014, de 14 de mayo del año citado, con el cual la Secretaría Técnica de la Delegación en el Estado de Chihuahua rindió un informe a esta Comisión Nacional sobre los hechos materia de queja.
20. Oficio 5560, de 10 de julio de 2014, con el cual el Secretario de Acuerdos del Juzgado Noveno de Distrito en el Estado de Chihuahua, remitió copia certificada de la resolución dictada por el Cuarto Tribunal Unitario del Decimoséptimo Circuito en esa entidad federativa, el 25 de junio del 2014, en el toca penal TP1.
21. Opinión Psicológica, de 11 de agosto de 2014, elaborada por un perito de esta Comisión Nacional, en relación con la valoración psicológica realizada a la niña V1 el 11 de marzo de 2014.
22. Actas circunstanciadas de 17 de mayo, 3, 5, 18 y 20 de junio, 3 y 14 de julio, 18 y 21 de agosto y 1 de septiembre, todas de 2014.
23. Acta Circunstanciada, de 17 de septiembre de 2014, en la que visitadoras adjuntas de esta Institución Nacional hicieron constar la diligencia en la que consultaron algunos documentos relacionados con las investigaciones ministeriales AP1, AP2 y AP3.
24. Dictamen en Materia de Criminalística y Medicina Forense y dos anexos consistentes en secuencias fotográficas, elaborado por peritos especialistas de esta Institución Nacional, el 9 de octubre de 2014, sobre los hechos en que la niña V1 perdió la vida el 11 de marzo de 2014.
25. Acta Circunstanciada, de 6 de febrero de 2015, en que personal de esta Institución Nacional hizo constar la diligencia en la que se consultó la documentación consistente en el acta de defunción de la niña V1, así como la resolución de 21 de noviembre de 2014 del Tribunal Colegiado del Decimoséptimo Circuito, mediante la cual se revocó el amparo concedido contra la resolución dictada en el toca penal TP1.
26. Opinión Psicológica, de 18 de febrero de 2015, en la que un perito de esta Institución Nacional analizó las constancias para determinar las alteraciones psicológicas de la niña V1 y su relación con los hechos en que perdió la vida.
27. Acta Circunstanciada, de 20 de marzo de 2015, en que personal de esta Institución Nacional hace constar que el expediente PAP1 se encuentra abierto únicamente para actuar en colaboración de las autoridades que investigan los hechos.
28. Acta Circunstanciada, de 26 de marzo de 2015, en que personal de este Organismo Nacional hace constar la diligencia en la que se consultó la AP4.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

29. Con base en el contenido del artículo 132, fracción III, del Reglamento Interior de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a continuación se hará la descripción jurídica generada por la violación a los derechos humanos de la niña V1.
30. El 6 de marzo de 2014, la niña V1 fue asegurada por SP7, SP8 y SP9, quienes indicaron, según el parte informativo de esa fecha, que aproximadamente a las 22:08 horas de ese día, hallaron a la niña V1 a bordo de

- un vehículo en las inmediaciones de la colonia Anapra, en Ciudad Juárez, quien les explicó que no conocía a su acompañante pero que la llevaba con sus padres a los Estados Unidos; a las 02:08 horas del día siguiente, la niña V1 fue puesta a disposición del titular del Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Seguridad Pública de Ciudad Juárez.
31. Su acompañante, PR1, fue detenido después de haber informado a los mencionados agentes que se dedicaba a pasar personas a Estados Unidos en forma ilegal y que en esa ocasión estaba en camino de cruzar a la niña V1 para que se reuniera con sus padres, quienes residen en ese país. Fue puesto a disposición del Agente del Ministerio Público de la Federación en turno, en calidad de probable responsable de la comisión del delito de Violación a la Ley de Migración, dándose inicio a la AP1.
 32. A las 9:27 de la mañana del 7 de marzo de 2014, SP10 puso a la niña V1 a disposición de AR2, quien inició el Procedimiento Administrativo de Protección PAP1 ese mismo día, por considerar a la niña V1 en situación de riesgo o abandono; después la ingresó al albergue A1 las 18:58 horas.
 33. El 9 de marzo de 2014, AR1 ejerció acción penal contra el indiciado con motivo de la probable comisión del delito de tráfico de indocumentados y consignó la AP1 ante el Juez de Distrito en turno en el Estado de Chihuahua, lo que dio lugar a la causa penal CP1 ante el titular del Juzgado Noveno de Distrito en esa entidad federativa, quien el 11 de marzo de 2014 dictó auto de libertad por falta de elementos para procesar a PR1.
 34. El martes 11 de marzo de 2014, alrededor de las 14:30 horas, la niña V1 fue encontrada sin vida en el baño del albergue A1. La Procuraduría General de la República inició dos averiguaciones previas adicionales, a saber: la AP2 a cargo de la propia Agencia Investigadora iniciada para localizar a los padres de la víctima; y la investigación ministerial AP3 a cargo de la Agencia Especializada en Delitos de Alto Impacto, para investigar los hechos en que la niña V1 falleció. Asimismo, la Fiscalía General del Estado inició la carpeta de investigación CI1, también para realizar las investigaciones sobre su muerte.
 35. Contra el auto de libertad por falta de elementos para procesar a PR1, la Representación Social Federal interpuso recurso de apelación, dando lugar al toca penal TP1, el cual fue resuelto en el Cuarto Tribunal Unitario del Decimoséptimo Circuito en el Estado de Chihuahua, el 25 de junio de 2014, en el sentido de revocar el auto de libertad pronunciado en la causa penal CP1 por el Juez Noveno de Distrito en el Estado de Chihuahua y dictar auto de formal prisión contra PR1.
 36. La defensa de PR1 promovió juicio de amparo JA1 contra este ulterior auto de formal prisión, el cual fue resuelto el 30 de julio de 2014 por el Tercer Tribunal Unitario del Decimoséptimo Circuito en el sentido de conceder el amparo; sin embargo, en recurso de revisión RR1 interpuesto contra esa sentencia, el 21 de noviembre de 2014 el Tribunal Colegiado del Decimoséptimo Circuito en el Estado de Chihuahua determinó revocar tal protección y negar el amparo contra el auto de libertad de 25 de junio de 2014, emitido por el Juez Noveno de Distrito en el Estado de Chihuahua. PR1 continúa interno en el centro de reclusión C1.
 37. Por su parte, el 24 de julio de 2014, la Dirección General de Delitos Cometidos por Servidores Públicos de la Procuraduría General de la República inició la AP4, con la finalidad de investigar los hechos en que la niña V1 perdió la vida, indagatoria en la que se ejerció acción penal contra AR1 con motivo de la probable comisión del delito de indebida prestación del servicio público.
 38. El expediente PAP1 se ha mantenido abierto con la finalidad de realizar actuaciones en colaboración con las autoridades que se encuentran investigando los hechos del caso.

IV. OBSERVACIONES

39. A continuación se analizará el contexto y la situación de las niñas, niños y adolescentes (NNA) no acompañados mexicanos y de diversas nacionalidades en nuestro país y se expondrán las violaciones específicas a los derechos humanos de V1.
40. Los hechos del caso se producen en un entorno en el cual México, como país de origen y tránsito migratorio, se enfrenta a un importante aumento en la afluencia de niñas, niños y adolescentes (NNA) no acompañados

- mexicanos y de diversas nacionalidades, que atraviesan su territorio con destino a los Estados Unidos de América porque se ven forzados a dejar sus países de origen por diversas causas. Este sector de la población en migración proviene, entre otras regiones, de países centroamericanos y sudamericanos que durante su trayecto cruzan por Honduras, El Salvador y/o Guatemala.
41. El Comité de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas ha definido a los NNA no acompañados como aquellos que se encuentran separados de ambos progenitores y otros parientes, y que no están al cuidado de un adulto al que por ley o por costumbre corresponda tal responsabilidad,¹ concepto que ha sido retomado recientemente por la Corte Interamericana de Derechos Humanos.²
 42. La vulnerabilidad propia de los grupos de personas en migración en situación irregular se ha acentuado en el caso de los NNA no acompañados, no solamente porque la viven en sus países de origen, sino también porque la enfrentan en el camino que recorren en donde se encuentran a merced de los posibles abusos de agentes migratorios, fuerzas de seguridad y crimen organizado. Su tránsito en México como territorio de acogida o de paso, presenta las mismas amenazas que el de cualquier persona en situación migratoria irregular, sin embargo, su vulnerabilidad es mayor en tanto su nivel de desarrollo.³
 43. La movilización internacional de los NNA puede ser consecuencia de orígenes diversos, tales como desastres naturales, crimen organizado, búsqueda de oportunidades laborales, transportación en situación de explotación, violación masiva a sus derechos humanos, riesgo de vida por encontrarse en peligro, o bien reagrupación con familiares que ya migraron.⁴
 44. Al viajar solos o con quienes podrían ser parte de la red de victimarios, los NNA no acompañados se encuentran en una particular situación de vulnerabilidad. La violencia sexual y la trata infantil con fines de explotación sexual son situaciones que mayormente afectan a las niñas.
 45. La problemática de los NNA en migración no acompañados es compleja. No queda resuelta con la posible detención y devolución a su país de origen por parte de las autoridades mexicanas, pues tan solo es una solución temporal a sus circunstancias de vulnerabilidad y situación por las que atraviesan. Para superarla se requiere del concierto de todas las autoridades involucradas, nacionales y extranjeras, analizando las causas de origen y buscando darles puntual respuesta.
 46. La reunificación familiar, en el caso de los NNA en migración no acompañados, representa un halo de esperanza frente a la vulnerabilidad que les caracteriza y la adversidad del entorno en que se mueven. Sin embargo, es un proceso que suele ser obstaculizado por la ausencia de Programas asistenciales y/o de regulación migratoria para ellos y sus familias en los países de recepción, pues impide que los adultos puedan allegarse de sus infantes por sí mismos dadas las dificultades para cruzar libremente las fronteras, a veces también en casos en que cuenten con un permiso de residencia.
 47. Este contexto se ha tornado aún más dramático en los últimos años, particularmente con motivo de la violación sistemática de los derechos humanos de los NNA, así como las variadas formas de violencia que afectan su vida en las diversas etapas de la migración: origen, tránsito y destino.
 48. Antes de entrar al estudio de las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de la niña V1 y de V2 y V3, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos hace patente la necesidad de que el Estado Mexicano, a través de sus instituciones públicas, cumpla con eficacia el deber jurídico que tiene de prevenir la comisión de conductas delictivas y, en su caso, investigar con los medios a su alcance los delitos que lleguen a cometerse, a fin de identificar a los responsables y lograr que se les impongan las sanciones legales correspondientes.
 49. Esta institución protectora de derechos humanos no se pronuncia sobre las actuaciones realizadas por la autoridad judicial federal dentro de la causa penal CP1 y demás medios de defensa promovidos e interpu-

¹ Comité de los Derechos del Niño. Observación General número 6: *Trato de los menores no acompañados y separados de su familia fuera de su país de origen*, 1 de septiembre de 2005, párrafo 7.

² Opinión Consultiva OC-21/14 *sobre Derechos y garantías de niñas y niños en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional*, Corte Interamericana de Derechos Humanos, de 19 de agosto de 2014, párrafo 49.

³ *Ibid.*, párrafo 35.

⁴ *Ibid.*

- tos en el marco de tal procedimiento contra PR1, ya que carece de competencia para ello, en términos de los artículos 102, apartado B, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 7, fracción II, y 8, última parte, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 2, fracción IX, de su Reglamento Interno.
50. La valoración lógico jurídica de las evidencias que integran el expediente de queja CNDH/5/2014/1890/Q, realizada en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, revela que en el caso se cuenta con elementos suficientes para evidenciar violaciones a los derechos humanos a la integridad personal, al debido proceso y de acceso a una vida libre de violencia, así como la omisión en la atención del interés superior de la niñez en perjuicio de la niña V1, así como de V2 y V3, de conformidad con las siguientes consideraciones.
 51. En el momento en que sucedieron los hechos, el 6 de marzo de 2014, la niña V1 contaba con 12 años de edad, se encontraba en tránsito hacia el país vecino del norte, separada de sus padres y demás familiares y en compañía de PR1, a quien no le correspondía la responsabilidad de su cuidado por ley o por costumbre. V1 contaba con la calidad de niña en migración no acompañada.
 52. Para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos es de primordial importancia atender con especial cuidado las explicaciones que la niña V1 dio sobre su situación, las cuales quedaron plasmadas en los siguientes documentos: Parte informativo de 6 de marzo de 2014; Entrevista sostenida el 7 de marzo de 2014 ante SP5; Acta de Comparecencia de 7 de marzo de 2014 en que se hace constar la entrevista que SP12 sostuvo con la niña V1; Escrito realizado por V1 en presencia de SP2, Declaración ministerial de la niña V1 de 8 de marzo de 2014 y Valoración Psicológica de 11 de marzo de 2014 realizada por SP4.
 53. De la lectura de las documentales descritas se advierte que en cada ocasión que la niña V1 tuvo oportunidad de explicar sus circunstancias, consistentemente reiteró que tenía 8 años de edad y que vivía en Durango con sus abuelos, quienes por encargo de sus padres, que vivían en Nueva York desde que ella era pequeña, la llevaron con una persona que la transportaría hacia los Estados Unidos de América para reunirse con ellos; que ya en Ciudad Juárez esta persona la entregó con otra y ésta a su vez con PR1, quien la alojó en su casa con su familia, inmueble en el cual fue asegurada por la policía según el dicho de la niña V1 y no a bordo de un vehículo, como se indicó en el parte informativo.
 54. El 16 de abril de 2014 la Secretaría de Relaciones Exteriores informó a este Organismo Nacional que la embajada de la República del Ecuador en México, a través de una nota diplomática señaló que la niña V1 era de nacionalidad ecuatoriana, oriunda de la provincia del Cañar en ese país y de 12 años de edad, circunstancias que en nada modificaron su situación de niña en migración no acompañada y víctima del delito.
 55. En su tránsito hacia los Estados Unidos de América, la niña V1 estuvo vinculada con las autoridades mexicanas a partir del día jueves 6 de marzo de 2014, aproximadamente a las 22:08 horas, momento en que fue asegurada por SP7, SP8 y SP9, en calidad de víctima de delitos en materia de migración, tal como se evidencia con el contenido del parte informativo de 6 de marzo de 2014, signado por los servidores públicos en mención.
 56. Las autoridades mexicanas tenían a su cargo una persona que se encontraba en una situación de vulnerabilidad múltiple, toda vez que formaba parte de diversos grupos cuyas circunstancias son de explorada fragilidad y exposición a la violación de sus derechos humanos. En este sentido, V1 era una niña en migración no acompañada, lo que significaba ser mujer, contar con menos de 18 años de edad, persona en situación de migración y jurídicamente sin compañía de un adulto que estuviera legítimamente a cargo de su cuidado. También era víctima de delito en el marco de la AP1 y fue considerada como niña en situación de riesgo o desamparo en el Procedimiento Administrativo de Protección PAP1.

Derecho a la integridad personal

57. El derecho a la integridad personal es aquél que tiene toda persona para no sufrir actuaciones nocivas en su estructura corporal, sea física, fisiológica o psicológica, o cualquier otra alteración en el organismo que deje huella temporal o permanente, que cause dolor o sufrimiento graves con motivo de la injerencia o actividad

- dolosa o culposa de un tercero. Se encuentra previsto en los artículos 5.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que establece que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral, y 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, así como en los diversos artículos 1, 16, 18, 19, 20, 22 y 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, toda vez que en el primer precepto se reconoce que todas las personas son titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales de derechos humanos en los que el Estado Mexicano sea parte, y que en los siguientes preceptos queda previsto el derecho de toda persona privada de su libertad a ser tratada humanamente y con el debido respeto a la dignidad inherente al ser humano, lo cual incluye el deber de los servidores públicos de salvaguardar su integridad personal.
58. En su vertiente de integridad psíquica, el contenido de este derecho se entiende en razón de las circunstancias de su titular, correspondiéndole al Estado garantizar el bienestar psicológico de las personas que se encuentran en una situación particular de vulnerabilidad provocada por alguna violación a sus derechos humanos.
 59. Al quedar acreditado que V1 era una niña víctima del delito de tráfico de indocumentados, es menester acudir al contenido normativo de los preceptos que salvaguardan su integridad psíquica en razón de esta circunstancia de vulnerabilidad.
 60. El artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño prevé, entre otras cuestiones, que los Estados adoptarán las medidas apropiadas para protegerlos contra toda forma de perjuicio mental, lo cual incluye la protección del derecho a la integridad psicológica de los NNA; y cuando son víctimas del delito, tanto los *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*,⁵ como el artículo 20, apartado C, fracción III, de la Constitución Federal, prevén, respectivamente, que las víctimas deben ser tratadas con humanidad y respeto de su dignidad y sus derechos humanos, y han de adoptarse las medidas apropiadas para garantizar su seguridad, su bienestar físico y psicológico y su intimidad, así como los de sus familias; y que la víctima u ofendido tendrá derecho a recibir, desde la comisión del delito, atención médica y psicológica de urgencia. Del contenido de tales disposiciones se infiere que las víctimas del delito tienen derecho a que su integridad personal sea protegida en atención a la situación particular que los vulnerabiliza.
 61. En el mismo sentido, este Organismo Nacional se ha pronunciado en la Recomendación General número 14, sobre los Derechos de las Víctimas de Delitos emitida el 27 de marzo de 2007, afirmando que el delito en sí mismo tiene consecuencias psicológicas en las víctimas que explican su derecho a que su integridad psicológica sea resguardada preferentemente, de tal forma que se provea al impulso de acciones integrales en procuración de que las víctimas reciban atención psicológica necesaria y de urgencia.
 62. Asimismo, el artículo 141, fracción XIV, del Código Federal de Procedimientos Penales y los artículos 5, 7, fracciones VIII y XXIII, 8 y 28 de la Ley General de Víctimas, prevén, entre otras cuestiones, el derecho de las víctimas a recibir atención psicológica de urgencia o cuando lo requieran, según las necesidades que tengan a partir del hecho victimizante, así como a ser tratadas con humanidad y respeto a su dignidad, mediante la adopción de las medidas apropiadas para garantizar, entre otros, su bienestar psicológico.
 63. Igualmente, en los artículos 11, fracción II, y 62, fracción III, de la Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chihuahua, se dispone que las autoridades deberán dictar las medidas de protección y socorro en toda circunstancia y con la premura necesaria como canalizar a los NNA a instituciones públicas o privadas para que reciban atención médica, psicológica o psiquiátrica.
 64. Con base en lo anterior, puede afirmarse que el núcleo esencial del derecho a la integridad personal, del cual era titular la niña V1, en su modalidad de integridad psicológica, contiene la protección normativa para que los NNA que sean víctimas reciban atención especializada, oportuna y prioritaria para proveer a su bienestar psicológico o a su restablecimiento, cuando han sido afectados por un evento victimizante.
 65. Para determinar si fue respetado el derecho a la integridad psicológica de la niña V1, conviene tener presente las conductas de las autoridades que estuvieron en contacto con ella desde el primer momento del jueves

⁵ Aprobados por la Asamblea General de Naciones Unidas mediante la Resolución 60/147 del 16 de diciembre de 2005.

- 6 de marzo de 2014, a las 22:08 horas, en que SP7, SP8 y SP9 la aseguraron. En ese entonces identificaron a la niña V1 como víctima del delito en compañía de PR1, quien les informó que se dedicaba a cruzar personas sin documentos regulares al país vecino del norte y que se encontraba en camino a Nueva York para que la niña V1 conociera a sus padres y se reuniera con ellos, por lo cual fue detenido como probable responsable de delitos en materia migratoria.
66. Unas horas después, a las 2:08 horas del viernes 7 de marzo de 2014, los mencionados servidores públicos trasladaron a la niña V1, en su calidad de víctima del delito en la AP1, al Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Seguridad Pública Municipal en Ciudad Juárez, Chihuahua, y mediante oficio PEU/DGPEU/161/2014 la pusieron a disposición de su titular. Este oficio se hizo del conocimiento de la Representación Social de la Federación, como anexo al parte informativo correspondiente a la puesta a disposición de PR1, el cual fue recibido a las 6:15 horas del viernes 7 de marzo de 2014.
 67. Ese mismo día, mediante oficio 249-14 de 7 de marzo de 2014, SP10 puso a la niña V1, en calidad de víctima del delito, a disposición de AR2 a partir de las 9:27 horas, en que fue entregada en tal dependencia.
 68. Esta última autoridad la reconoció como niña en situación de riesgo o desamparo y ejerció la Tutela del Estado mediante el PAP1, iniciado en términos de los artículos 58 y 77 de la Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chihuahua y tramitó su alojamiento en el albergue A1, lugar al que la niña V1 ingresó a las 18:58 horas de ese mismo día y donde pasó el fin de semana y los siguientes dos días.
 69. Queda patente que después de su aseguramiento, la niña V1 quedó a disposición del DIF Estatal, en su calidad de niña en situación de riesgo o desamparo en el PAP1, desde las 9:27 horas del viernes 7 de marzo de 2014.
 70. Desde esa fecha el DIF Estatal era la autoridad encargada de la tutela pública de la niña V1 y, por ende, de salvaguardar su derecho a la integridad psicológica en función de las particulares necesidades de protección que presentaba. Sin embargo, tal autoridad vulneró el derecho a la integridad psicológica de la niña V1, al no supervisar de manera adecuada los servicios que delega mediante convenios.
 71. En la violación del derecho humano a la integridad psicológica de la niña V1, mediante la omisión de conductas, debe tenerse presente que del contenido de las declaraciones rendidas por T4 y T5, así como de T3 y T2, ante personal de la Fiscalía General del Estado de Chihuahua, así como de la recabada de T6, y que integran la AP3, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos observa que la niña V1 no estaba convenientemente cuidada ni supervisada, ya que los testigos que presenciaron los hechos al encontrar sin vida a la niña V1 son consistentes en sostener que V1 entró sola al baño, donde se quedó por aproximadamente 20 minutos mientras la puerta estaba cerrada con pasador por dentro, y cuando el personal del albergue A1 logró ingresar, la niña V1 se encontraba sola.
 72. Lo anterior evidencia un descuido en la supervisión que debía tenerse sobre la niña V1, ya que permaneció sola durante un periodo de cerca de 20 minutos en un estado emocional que le era completamente desfavorable, provocado por los hechos ocurridos en su situación de vulnerabilidad múltiple.
 73. Esta omisión, falta de cuidado y supervisión, unida a la situación de vulnerabilidad en que se encontraba, influyó en la integridad psicológica de la niña V1, pues fue el momento en que dispuso de su vida, tal como se informa en el dictamen en materia de Criminalística y Medicina Forense suscrito por peritos de esta Institución Nacional, en cuyo contenido se establece que la causa científica de su fallecimiento fue asfixia por ahorcamiento en la variedad de suspensión incompleta como causa de muerte. Los peritos precisan que signos tales como las uñas y boca moradas, relajamiento de esfínteres, así como diversos advertidos en el reconocimiento del cadáver, como puntillero petequial en párpados y enrojecimiento conjuntival, permiten determinar que existió un cuadro de asfixia. Asimismo, con base en las declaraciones de los testigos y los indicios observados descartan fehacientemente la participación de un victimario en la muerte de la niña V1 y la determinan como de tipo suicida.
 74. Con independencia de lo anterior, en el dictamen también se hicieron hallazgos consistentes en dos cicatrices no recientes ubicadas en la región anal que revelan que la niña V1 había experimentado una penetración anal no consentida, la cual databa de más de 5 días anteriores a su muerte, pero con una temporalidad a partir de esos días científicamente inestimable.

75. Sobre este particular, un perito en materia de psicología de esta Institución Nacional emitió opinión especializada sobre las secuelas psicológicas que este “delito oculto”, es decir un suceso que no se había identificado con anterioridad, pudo tener en su salud mental, en la que se explica que es posible que adoleciera de alteraciones que tendrían que ver con distorsiones cognoscitivas en el “Yo” y que era probable que presentara aislamiento social, enojo, falta de confianza, vergüenza, angustia, ansiedad y depresión.
76. Los testigos T2, T3, T5, T1, T6 y T7 del albergue A1 también fueron consistentes en manifestar que la niña V1 era “muy calladita”, se observaba asustada y hermética, no se le vio socializar con otros niños, o bien, se distanciaba un poco, se le veía triste y muy seria. Incluso, la testigo T7 mencionó que después de hablar con la psicóloga SP4, el martes 11 de marzo de 2014, la niña V1 lloraba y tenía miedo de ir con sus abuelos.
77. En el caso, esta Comisión Nacional advierte que el DIF Estatal, como agente del Estado que, entre otras cuestiones, tiene el deber de ofrecer una atención a víctimas que proteja sus derechos, tiene una posición de garante, obligado a salvaguardar a las personas que tienen bajo su cuidado y protección de cualquier afectación a sus derechos, incluida su integridad psicológica.
78. En relación con lo anterior, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos afirma que el Estado tiene una posición de garante frente a las personas que están bajo la custodia y la responsabilidad de ciertas instituciones, tales como: instituciones para niños y niñas, toda vez que, entre otras cuestiones, dichas personas están sujetas a las decisiones que adopte el personal del establecimiento donde éstas se encuentran, y las personas, por su parte, quedan sujetas a determinadas obligaciones legales y reglamentarias que debe observar. Esta posición de garante en la que se coloca el Estado, afirma la Comisión Interamericana, es el fundamento de todas aquellas medidas que de acuerdo con el derecho internacional de los derechos humanos, aquél debe adoptar con el fin de respetar y garantizar los derechos de las personas, las cuales estarán determinadas por las condiciones y necesidades particulares del grupo que se trate.⁶
79. En el caso, la niña V1 se encontraba bajo la tutela pública del Estado a través del DIF Estatal, pero materialmente alojada y bajo la custodia y responsabilidad de un albergue que no está operado directamente por el Estado sino que realiza sus funciones mediante un convenio celebrado entre el DIF Estatal y la asociación civil que opera el albergue, sujeto a los Lineamientos para la Operación y Vigilancia de los Establecimientos que Presten Servicios de Asistencia Social en el Estado de Chihuahua, publicado en el *Periódico Oficial* del Estado de Chihuahua el 30 de junio de 2012.
80. Con fundamento en los artículos 25, fracción XXII y 43, fracción XXIV de la Ley de Asistencia Social Pública y Privada del Estado, el DIF Estatal se encuentra obligado a coadyuvar con las autoridades competentes en la supervisión y vigilancia de las instituciones y establecimientos que presten servicios de asistencia social, en especial albergues. Asimismo, con base en los numerales 9 y 13 de los Lineamientos para la Operación y Vigilancia de los Establecimientos que Presten Servicios de Asistencia Social en el Estado de Chihuahua, el DIF Estatal inspecciona y vigila de manera ordinaria el funcionamiento de los albergues y, de forma específica, el cumplimiento de las responsabilidades que tienen los directores, encargados, representantes legales, socios, titulares o responsables legales de los albergues por sí o por conducto del personal a su cargo, para garantizar la integridad física, psicológica y jurídica de los residentes mientras éstos permanezcan bajo su resguardo. Lo anterior es así, ya que los albergues ostentan la guarda provisional de aquellos niños, niñas y adolescentes que les hayan sido confiados para su cuidado y atención temporal con base en el artículo 37 del citado documento. Esta supervisión debe llevar al DIF Estatal a determinar las responsabilidades en que han incurrido los albergues.
81. En consecuencia, es deseable que el DIF Estatal, como agente del Estado que tiene presencia en albergues, asuma una posición más activa para resguardar los derechos humanos de los NNA, a través de la exigibilidad de las disposiciones a las que se obliga la contraparte con quien celebra convenios y los Lineamientos para la Operación y Vigilancia de los Establecimientos que Presten Servicios de Asistencia Social en el Estado de

⁶ *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas* (2011); Comisión Interamericana de Derechos Humanos, párrafos 38, 49 y 50. Disponible en Internet [citado 03/06/2015]: http://www.oas.org/es/cidh/ppl/docs/pdf/ppl2011_esp.pdf

- Chihuahua. Asimismo, debe buscarse el fortalecimiento de las facultades de control, supervisión y vigilancia de los establecimientos como miembro del Comité Interinstitucional en Materia de Albergues y Establecimientos que Prestan Servicios de Asistencia Social, órgano que además de coadyuvar en la expedición, emisión y en su caso suspensión o revocación de la Certificación por la Calidad a los establecimientos de asistencia social, tiene entre sus atribuciones impulsar programas conjuntos de capacitación y seguimiento para el personal que labora en los establecimientos de asistencia social, a cargo de las dependencias, organismos y entidades gubernamentales. Por ello, se advierte la necesidad de que dicha autoridad participe en la elaboración de protocolos específicos para la prevención de incidentes que puedan acarrear la pérdida de una vida y daños en su integridad física y emocional en albergues y centros similares con los que se firman convenios y a quienes les entregan la custodia y responsabilidad de personas vulnerables.
- 82.** En esta materia, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que el hecho de internar a una persona en un lugar del que no podrá salir por voluntad propia, con todas las consecuencias que esto supone, puede conllevar un fuerte impacto en su equilibrio mental y emocional, además de los desequilibrios y factores de riesgo inherentes de aquellas personas.
- 83.** En concordancia con lo anterior, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que cualquier medida de alojamiento debe desarrollarse en un ambiente no privativo de libertad. En igual sentido, y retomando lo mencionado por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, ha sostenido que los centros cerrados no son adecuados para la extrema vulnerabilidad de una niña en migración no acompañada, priorizando un tratamiento que se adecúe a las necesidades de protección integral. Es así que la Corte también considera que estos centros deben garantizar el alojamiento, la manutención, el reconocimiento médico, el asesoramiento legal, el apoyo educativo y la atención integral a las niñas y a los niños, así como disponer de una serie de servicios de atención especializada en razón de las necesidades particulares de cada niña o niño, como otorgar servicios de salud, ya sea física y/o psicosocial. Finalmente, en cuanto al personal del centro, la Corte Interamericana de Derechos Humanos refiere que el mismo deberá estar especializado y recibir formación en psicología infantil, protección de la infancia y derechos humanos de las niñas y niños.⁷
- 84.** En el caso se estima que la situación psicológica de la niña V1 se acrecentó al ser trasladada al albergue A1, ya que el lugar pudo haber influido en el estado personal de la niña V1, quien era una persona con una vulnerabilidad múltiple, lo cual obligaba a las autoridades a brindarle mayor protección con un enfoque de derechos humanos.
- 85.** Esta Comisión Nacional advierte la ausencia de protocolos y capacitaciones específicas que, en atención a los Lineamientos para la Operación y Vigilancia de los Establecimientos que Presten Servicios de Asistencia Social en el Estado de Chihuahua, fortalezcan el deber de prevención y amplíen la esfera de protección de las instituciones gubernamentales, como es el caso de Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Chihuahua, dirigidos tanto a personal de las citadas instituciones como a los directivos y empleados de los centros que brinden alojamiento a personas con múltiples estados de vulnerabilidad, a efecto de evitar el deterioro de la integridad personal de la víctimas a su cargo, así como la pérdida de sus vidas.
- 86.** No obstante lo anterior, que evidenciaba claramente lo indispensable de la intervención de las autoridades para salvaguardar el estado emocional en que se encontraba la niña V1, solamente se cuenta con la valoración psicológica realizada por SP4 a las 11:00 horas del martes 11 de marzo de 2014, unas horas antes de su muerte. En esta evaluación psicológica, la especialista SP4 estableció que la niña V1 se encontraba con necesidad de protección, temperamento frío o distante, yo inhibido; que era posible que se sintiera amenazada por el entorno o se encontrara en una situación bajo presión o amenazante. En cuanto a su dinámica familiar se señaló que había necesidad de protección y vínculos afectivos. Sus recomendaciones consistieron en dar a la niña V1 seguimiento por psicología, terapia psicológica individual y sugirió revisión con médico legal.
- 87.** Un perito en psicología de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos analizó la valoración realizada por SP4 y determinó que la misma fue adecuada y que se contó con los elementos suficientes para realizarla; sin em-

⁷ Opinión Consultiva OC-21/14 sobre Derechos y garantías de niñas y niños en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional, Corte Interamericana de Derechos Humanos, de 19 de agosto de 2014, párrafos 180, 182, 183 y 184.

- bargo, también estableció que no fue efectuada con la oportunidad necesaria, toda vez que se hizo con la finalidad de verificar su estado emocional hasta cuatro días después de estar bajo la responsabilidad de las autoridades.
88. AR1 y AR2 omitieron brindar atención psicológica oportuna a la niña V1 a pesar de que recibirla resultaba indispensable y primordial en todo momento por ser una niña en situación de riesgo o desamparo y víctima del delito, cuyo derecho a la integridad personal en su modalidad psicológica debía quedar prioritariamente salvaguardado, máxime que se encontraba en camino a conocer y reunirse con sus padres, separada de sus familiares conocidos o de alguna persona adulta que por ley o costumbre tuviera a cargo su cuidado, condiciones que le dificultaban ejercer por sí misma su derecho de atención psicológica, lo cual obligaba a AR1 y AR2 que dictaran las medidas al efecto.
 89. Por su parte, de las constancias que obran en el expediente se advierte que AR1 en ningún momento proveyó medidas para la protección del derecho a la integridad psicológica. Además, la atención psicológica proporcionada por SP4 a cargo de AR2 resultó inoportuna, toda vez que sólo se verificó el estado emocional de la niña V1 el mismo día en que dispuso de su vida y no con la anticipación y prioridad que permitiera un seguimiento útil para recabar información sobre su estado psicológico desde el día viernes 7 de marzo de 2014, hecho que vulneró lo dispuesto en los artículos 4, fracciones I, VII y IX, 10, inciso D), fracción VIII, 25, fracción XXI y 43, fracciones II y XIV de la Ley de Asistencia Social Pública y Privada para el Estado de Chihuahua, 11, fracción II, y 62, fracción III, de la Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chihuahua y 4, 7, fracciones IV y VII, 13, fracción II y 18 de la Ley de Atención y Protección a Víctimas u Ofendidos del Delito del Estado de Chihuahua, en los cuales, entre otras cuestiones, se establece que la niña V1, por su condición de vulnerabilidad tenía derecho a acciones de asistencia social de atención psicológica. El DIF Estatal, por su parte, está obligado a cooperar con instituciones de procuración e impartición de justicia en la atención y protección de las personas susceptibles de recibir servicios de asistencia social, en los términos previstos por la Ley de Atención y Protección a Víctimas u Ofendidos del Delito del Estado de Chihuahua y demás ordenamientos aplicables en la materia; también debe atender y dar seguimiento a los asuntos que se le planteen sobre la violación de los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad, derivados de conductas que impliquen desamparo, malos tratos, violencia física o psicológica, abandono, omisión de cuidados, abuso sexual o explotación en cualquiera de sus modalidades y albergar a personas menores de edad y adultas mayores en instituciones adecuadas para su custodia. La conducta de tales autoridades afectó día con día a la niña V1.
 90. Este retraso en la atención del estado emocional que cursaba la niña V1 provocó la vulneración de su derecho a la integridad psicológica, en tanto que desatendió la afectación psicológica que cursaba e imposibilitó su documentación para la toma de medidas de protección adecuadas.
 91. La violación del derecho a la integridad psicológica de la niña V1 no sólo fue por omisión sino que también se produjo mediante conductas de acción realizadas por servidores públicos de la Procuraduría General de la República y del DIF Estatal. Para demostrar lo anterior, esta Comisión Nacional analiza los hechos ocurridos durante las dos visitas que el personal ministerial realizó al albergue A1 para tomar la declaración ministerial de la niña V1 y, después, para recabar su firma y huella dactilar.
 92. El 8 de marzo de 2014 a las 15:30 horas, AR1 acudió al albergue A1, en compañía de SP11, para recabar la declaración ministerial de la niña V1. De la lectura del acta en que se hizo constar tal diligencia esta Comisión Nacional advierte que T1 la presenció y se comprometió a asistir a la niña V1 por estar bajo su atención y cuidado.
 93. Para conocer las circunstancias en que se desarrolló esa entrevista, esta Institución Nacional acude a la valoración del testimonio de T1, persona encargada del turno de fin de semana en el albergue A1, documentado en su declaración rendida ante personal ministerial de la Fiscalía General del Estado de Chihuahua y del acta de 19 de marzo de 2014, elaborada por personal de la Comisión Estatal de Derechos Humanos en esa entidad federativa en el marco del expediente EQ1, cuyos contenidos se transcriben a continuación en la parte que interesa.
 94. La testigo dice que ese día [11 de marzo de 2014] “una licenciada de la PGR llegó con un doctor y una trabajadora social [...] me dijeron que se querían llevar a la niña para capturar los datos en la computadora pero yo les dije que no y ahí le estuvieron preguntando por el nombre de su papá, de su mamá, de sus abuelos...” “la forma en que la agente del Ministerio Público se dirigía era muy hostil, la niña se mostraba temerosa y se aferraba a mí [...] se le hostigó mucho al preguntarle el nombre de sus papás y hermano porque la niña no

- sabía cómo se llamaban fue aquí en donde le comenzaron a gritar [...] Una vez que terminaron la [agente del] Ministerio Público insistía en llevarse a la niña ya que en el albergue no teníamos una computadora disponible para que imprimiera la declaración. No le permití que sacara a la niña del albergue por lo que se molestó y comenzó a gritar, para después retirarse y decir que regresaría en 20 minutos para que firmara la declaración. [Sin embargo, AR1 no regresó] sino hasta las 2:00 horas de la madrugada [del 9 de marzo de 2014,] insistió en que la dejara pasar hasta los dormitorios cosa que no le permití[,] le dije que me dejara despertar a la niña, [lo que la] afectó mucho, ella esta (sic) con mucho miedo”.
95. Según opinión especializada en materia de psicología rendida por un perito de esta Institución Nacional, las conductas de AR1 consistentes en entrevistar en forma hostil a la niña V1, gritándole, así como despertarla durante la madrugada para firmar su declaración ministerial, le causaron un daño psicológico que agravó su posiblemente ya deteriorado estado emocional, de antemano desatendido.
 96. El especialista en psicología de este Organismo Nacional precisa que los hechos del 8 y 9 de marzo de 2014 que tuvieron lugar en el albergue A1 generaron en la niña V1 un estado de terror ante el interrogatorio y una emoción de defensa al sentirse en peligro, pues le ocasionó miedo ser despertada en la madrugada para firmar su declaración ministerial. Concluye que la niña V1 experimentó un sufrimiento ocasionado por la conducta del personal ministerial que influyó en su estado emocional.
 97. Lo cierto es que en las circunstancias narradas era innecesario que la declaración de la niña V1 fuera elaborada en una computadora, por tanto, también era innecesario visitarla durante la madrugada para recabar su firma y huella digital en su declaración, ya que el documento pudo haber sido recabado en manuscrito en el mismo momento en que se llevó a cabo la diligencia, con lo que se habría evitado tener que interrumpir el sueño de la niña V1 y la afectación que esto generó en su estado psíquico.
 98. Con base en lo anterior, queda demostrado que se transgredió a la niña V1 su derecho a la integridad personal en su vertiente de integridad psicológica.

Derecho al debido proceso

99. La obligación del Estado de garantizar el goce efectivo de los derechos humanos a que se refiere el artículo 1.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, está relacionada con la de suministrar recursos judiciales efectivos a las víctimas de violaciones de los derechos humanos, que deben ser sustanciados de conformidad con las reglas del debido proceso legal, establecidos en los artículo 8 y 25 del propio instrumento internacional. En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos lo encontramos reconocido en los artículos 14 y 16, que hacen referencia a las formalidades esenciales del procedimiento, a la competencia y a la fundamentación y motivación de todo acto de autoridad.
100. Los artículos 19 de ese instrumento internacional y el diverso 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño reconocen el derecho de la niñez de gozar no sólo de la protección especial de sus derechos humanos, sino de la oportunidad de ser escuchados en todo procedimiento judicial o administrativo que los afecte. En procedimientos en los que los NNA aparecen como víctimas, la protección prevista en los artículos 8 y 25 de la Convención tiene un alcance todavía mayor.
101. Del contenido de la Observación General número 12 sobre “*El Derecho del Niño a ser Escuchado*”, emitida por el Comité de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas el 20 de julio de 2009, el derecho a ser escuchado contiene la obligación, para las autoridades ante las que se instruye, de proveer las condiciones que le sean más favorables a la persona para obtener, mediante un especialista en psicología o en infancia, la mayor información posible en relación con sus necesidades primordiales, de tal forma que tales autoridades las consideren en forma prioritaria. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos advierte que sólo conociendo la opinión y percepción sobre el contexto de las y los NNA se podrán conocer sus circunstancias particulares y será posible proveer a su protección en el marco del procedimiento correspondiente.
102. En aras de lo dispuesto en el artículo 1º, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que establece que las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con la Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas

- la protección más amplia, se advierte que las autoridades deberán tomar en cuenta el contenido de las observaciones generales como una fuente doctrinaria sobre la cual se pueden reconocer las orientaciones conceptuales y los mecanismos operativos para la implementación de políticas activas fundadas en los principios rectores de la Convención sobre los Derechos del Niño.
103. Por lo anterior, se considera que AR1 para ampliar su esfera de protección y aplicar el principio pro persona pudo haber tomado en cuenta lo señalado en las referidas observaciones generales.
 104. Debe tenerse presente lo establecido en la Opinión Consultiva OC-17/02 sobre “*Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño*” de 28 de agosto de 2002, párrafos 96 a 98, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en que se ha considerado que las condiciones en que un niño participa en un procedimiento no son las mismas en las que participa un adulto y el reconocimiento de esa realidad da sustento a la adopción de medidas específicas protectoras con el propósito de que la niñez goce efectivamente de sus derechos y correlativas garantías en condiciones de igualdad.
 105. En congruencia con lo anterior, en el artículo 5 de la Ley General de Víctimas se establece que los mecanismos, medidas y procedimientos establecidos en esa ley, serán diseñados, implementados y evaluados aplicando, entre otros el principio de enfoque diferencial y especializado el cual reconoce que ciertos daños requieren de una atención especializada que responda a las particularidades y grado de vulnerabilidad de las víctimas y señala que las autoridades, en el ámbito de sus respectivas competencias, deben brindar garantías especiales y medidas de protección a los grupos expuestos a un mayor riesgo de violación de sus derechos, como los NNA y “migrantes”.
 106. En torno a la situación jurídica de la niña V1, dos procedimientos de carácter administrativo fueron iniciados: la AP1 instruida a cargo de autoridades de la Procuraduría General de la República para la investigación del delito contra la Ley de Migración, en la cual fue reconocida como víctima; y el PAP1 abierto en la Subprocuraduría Auxiliar de Asistencia Jurídica y Social del DIF Estatal, por considerarla como niña en situación de riesgo o desamparo.
 107. Como ya fue indicado, después de su muerte fueron iniciadas las investigaciones ministeriales AP2 y AP3 a cargo de la Procuraduría General de la República y la carpeta de investigación CI1 bajo responsabilidad de la Fiscalía General del Estado.
 108. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos advierte que AR1 vulneró el derecho al debido proceso de la niña V1 y su deber de protección especial al no tomar en cuenta el interés superior de la niñez.
 109. En el marco de la AP1 y particularmente en relación con la toma de la declaración ministerial de la niña V1, la cual atendiendo a su muy particular situación de vulnerabilidad debió darle un trato diferenciado, se advierte la importancia de la Observación General número 12 sobre “*El Derecho del Niño a ser Escuchado*”, emitida por el propio Comité el 20 de julio de 2009, cuyos párrafos 40 a 47 establecen las cinco medidas que las autoridades deben prever para garantizar este derecho: preparación mediante la información sobre su participación en el procedimiento; audiencia; evaluación de la capacidad del niño para formarse un criterio propio; información sobre la consideración otorgada a las opiniones del niño (comunicación de los resultados al niño) e información sobre sus alternativas de queja, vías de recurso y desagravio.
 110. La preparación implica que las autoridades responsables de escuchar al niño deben asegurarse de que esté informado sobre su derecho a expresar su opinión en todos los asuntos que lo afecten, particularmente en todo procedimiento judicial y administrativo, así como del efecto que sus opiniones tendrán en el resultado final, de la opción que tiene de ser escuchado mediante un representante y, finalmente, de las condiciones en que su derecho será respetado, esto es, cómo, cuándo y dónde será escuchado y en presencia de qué personas.
 111. La audiencia significa que la autoridad responsable de escuchar al niño deberá proveerle de un ambiente confiable y propicio, de modo que aquél sepa que la autoridad estará dispuesta a escuchar y tomar en consideración sus opiniones en forma seria.
 112. La autoridad encargada de escuchar al niño deberá asegurarse caso por caso de que el niño sea evaluado mediante buenas prácticas y se determine que está en condiciones de formarse un juicio propio en forma razonable e independiente.

113. La propia autoridad deberá informar al niño los resultados de la valoración de sus opiniones, ya que incluso proveerle de esta información es una manera de garantizar su derecho a que sus opiniones sean tenidas en consideración, además de que puede influir en su comportamiento en el procedimiento de que se trate.
114. La autoridad encargada del procedimiento, debe proporcionar al niño un medio de defensa frente a la posible vulneración de su derecho a ser escuchado en el procedimiento de que se trate, así como poner a su alcance sus vías de detonación.
115. De lo anterior se colige que la participación de un NNA en un procedimiento no es un acto rutinario, único y aislado, sino un proceso que requiere de acciones preparatorias que deben llevarse a cabo previamente a su participación en el mismo proceso, con independencia que debe ser realizado en coadyuvancia de un especialista o psicólogo. En este sentido, AR1 incurrió en la vulneración de este derecho el 8 de marzo de 2014, en perjuicio de la niña V1, al haber tomado su declaración ministerial sin la presencia de un especialista o psicólogo, en un solo acto aislado y apresurado durante el cual incluso le gritó y posteriormente hizo que fuera despertada a la mitad de la madrugada.

Derecho de acceso a una vida libre de violencia

116. Los artículos 3.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño y 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, prevén el derecho de los niños a que su situación sea determinada considerando su interés superior, en protección especial de sus derechos humanos. El artículo 3 de la Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 29 de mayo del 2000, vigente en el momento en que ocurrieron los hechos, establece entre los principios rectores de la protección de los derechos de los NNA tener una vida libre de violencia.
117. Este derecho humano ha sido reconocido en ordenamientos jurídicos nacionales e internacionales, en el artículo 13, fracción VIII de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 4 de diciembre de 2014, se establece el derecho a una vida libre de violencia de los NNA, lo cual también se encuentra previsto en el artículo 19.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño, en el que se contempla que los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo. Por otra parte, en el artículo 3 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. “Convención de Belém do Pará” se dispone que toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.
118. Este derecho tiene que ver con el trato libre de agresiones que debe dársele a los NNA por parte de las autoridades, en el marco de un procedimiento en el que se debe privilegiar su tranquilidad y confianza para que su participación sea adecuada.
119. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos reconoce en la normatividad referida el derecho que la niña V1 tenía a ser tratada sin violencia por las autoridades con las que interactuó, toda vez que las mismas estaban obligadas a resguardarla de cualquier afectación a sus derechos, incluida la violencia.
120. Las conductas de AR1, en relación con los hechos ocurridos el 8 y 9 de marzo de 2014, en que se realizaron dos visitas a la niña V1 en el albergue A1, son constitutivas de violencia en su contra.
121. A las 23:31 horas del 8 de marzo de 2014, SP3 recibió llamada telefónica de AR1, quien solicitó apoyo para ingresar al albergue A1 con la finalidad de recabar la firma de la niña V1, ya que el término para integrar su investigación estaba por vencerse; al respecto aquella servidora pública le indicó que en atención al interés superior del niño no era pertinente incomodar a la niña V1 en ese horario.
122. El 10 de marzo de 2014 SP2 recibió llamada de T2, quien refirió que “los agentes de PGR fueron muy ofensivos con su personal, que amenazaron a su personal de que serían detenidos por obstaculizar las investigaciones y que a la hora en que llegaron las agentes fue en la madrugada, ya cuando los menores estaban dormidos, por lo que alteró a algunos de los niños al igual que a la [niña V1]”.

- 123.** El análisis de los sucesos ocurridos, debidamente acreditados en las evidencias correspondientes, revela que AR1 ejerció violencia innecesaria sobre la niña V1 al gritarle por no proporcionarle los nombres de sus padres y hermanos en franca desatención al hecho de que no los conocía, además de realizar las acciones necesarias para que su sueño fuera interrumpido a la mitad de la madrugada y sin que se opusiera T1, aspecto que el DIF Estatal deberá analizar a la luz del estudio de las medidas que se deben tomar para cumplir con la obligación de la supervisión y vigilancia de los albergues con los que ha firmado convenios el DIF Estatal y del cumplimiento de las responsabilidades que tienen los directores, encargados, representantes legales, socios, titulares o responsables legales de los mismos por sí o por conducto del personal a su cargo, para garantizar la integridad física, psicológica y jurídica de los residentes mientras éstos permanezcan bajo su resguardo, y el replanteamiento que haga del convenio que tiene con los mismos para poner como eje de dicha relación el interés superior de la niñez.
- 124.** Esta Comisión Nacional concluye que al haber sido tratada la niña V1 hostilmente y con gritos, por y en presencia de servidores públicos encargados de su bienestar, en tanto era víctima de la investigación ministerial de la que AR1 era responsable, se violó en su perjuicio el derecho a una vida libre de violencia.

Interés superior de la niñez

- 125.** De conformidad con lo establecido en el artículo 1.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, las autoridades del Estado tienen el deber no sólo de respetar los derechos humanos de las personas, sino de tomar las medidas de cualquier naturaleza que resulten necesarias para salvaguardar sus derechos atendiendo a sus necesidades particulares o a su tipo de vulnerabilidad.
- 126.** En el artículo 19 del propio instrumento internacional no sólo se reconoce el derecho de los NNA a las medidas de protección que deriven de su condición de personas menores de edad, sino también quedó prevista una obligación para el Estado consistente en respetar y garantizar los derechos que se les reconocen en los diversos instrumentos internacionales, encabezados por la Convención sobre los Derechos del Niño.
- 127.** En concordancia con lo anterior, el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos prevé el derecho a que todas las decisiones que se tomen en relación con los NNA estén sustentadas en la consideración primordial de su interés superior, lo cual se traduce en la obligación a cargo de las autoridades de poner todos los recursos del Estado a disposición de la niña, el niño o el adolescente para garantizar el ejercicio eficaz de todos sus derechos humanos, por encima de cualquier circunstancia o formalidad.
- 128.** La Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación explica en una tesis jurisprudencial que se trata de un principio orientador de la actividad interpretativa relacionada con cualquier norma jurídica que tenga que ser aplicada a un NNA en un caso concreto o que pueda afectar sus intereses.⁸
- 129.** Sobre el interés superior de la niñez debe tenerse presente lo establecido en la “*Observación General número 14*”, en cuyos párrafos 6 y 7 el Comité de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas⁹ explica su tridimensionalidad conceptual, ya que debe ser considerado y aplicado como un derecho sustantivo, como un principio jurídico interpretativo fundamental y como una norma de procedimiento. Esto significa que las autoridades de cualquier Estado están vinculadas al interés superior de la niñez en las mencionadas acepciones.
- 130.** En el caso de NNA en migración, particularmente de aquellos que viajan no acompañados o separados, la aplicación de este principio exige una evaluación clara y a fondo sobre su identidad; esto es, su nacionalidad, antecedentes étnicos, culturales y lingüísticos, crianza, así como las vulnerabilidades y necesidades especiales de protección. Asimismo, se debe tomar en cuenta diversas circunstancias como la edad, si están acompañados de sus padres, las experiencias que han vivido, el grado de madurez y educación.¹⁰

⁸ 1ª./J. 18/2014 (10ª.), publicada en la *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Libro 4, marzo de 2014, tomo I, página 406, de rubro *INTERÉS SUPERIOR DEL NIÑO. FUNCIÓN EN EL ÁMBITO JURISDICCIONAL*.

⁹ Comité de los Derechos del Niño. *Observación General Núm. 14* (2013) sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo1), 29 de mayo de 2013.

¹⁰ SCJN, Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en casos que afecten a personas migrantes sujetas de protección internacional, México, 2013, p. 55.

131. Al tener en consideración el contenido normativo del principio en estudio, así como las conductas activas y omisivas desplegadas por las autoridades AR1 y AR2 durante el tiempo que la situación de la niña V1 estuvo en su responsabilidad, resulta claro determinar que desatendieron su deber de valorar su interés superior en las tres acepciones mencionadas, como derecho sustantivo, como norma de procedimiento y como principio jurídico interpretativo, lo cual impactó en la violación de sus derechos a la integridad personal, al debido proceso y a una vida libre de violencia.
132. AR1 no sólo se abstuvo de brindarle la atención psicológica que requería para su bienestar, sino también de conocer y reconocer sus circunstancias y necesidades inmediatas, por lo que la carencia de tal información le impidió realizar la valoración necesaria para tomar las acciones correspondientes a la aplicación del interés superior de la niña V1 y, por tanto, la AR2 incurrió en la misma vulneración en razón de que la atención psicológica que se brindó a la niña V1 fue inoportuna.
133. Como norma procedimental, el interés superior de la niñez fue igualmente inobservado por AR1 pues para tomar la declaración ministerial de la niña V1 no consideró las medidas que los protocolos aplicables establecen para la participación de los NNA en los procedimientos, máxime que la trató con violencia durante sus dos entrevistas, en el marco de la AP1, siendo autoridad encargada de la protección de sus derechos humanos.
134. En igual sentido, la autoridad ministerial omitió la aplicación del interés superior de la niñez en su acepción de principio de interpretación normativa, en tanto que en su informe rendido ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos sostuvo que la niña V1 “no fue puesta a disposición ni física ni jurídicamente en ninguna de las agencias del Ministerio Público de la Federación de esta Delegación Estatal de la Procuraduría General de la República”, sin tomar en cuenta que como autoridad que integraba la AP1, en la que la niña V1 era víctima del delito, debió procurarle la atención psicológica atendiendo a su vulnerabilidad multifactorial de mujer menor de 18 años de edad, en migración, dado que buscaba su traslado a los Estados Unidos de América, protección que no le brindó y sí, por el contrario, ejerció violencia psicológica sobre ella al tomar su declaración.
135. El ya explicado contexto de violación a los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes en migración no acompañados en México era del conocimiento de las autoridades de la Procuraduría General de la República y de la Procuraduría Auxiliar de Asistencia Jurídica y Social del DIF Estatal, de modo que la protección de los derechos a la integridad personal, al debido proceso y a una vida libre de violencia, mediante la determinación del interés superior de la niñez, en las acciones y situaciones relacionadas con cada uno de esos derechos, debieron prevenir la violación de los mismos.
136. Estaba, sin lugar a dudas, en el interés superior de la niña V1 que tales prerrogativas fueran privilegiadas en su protección mediante la oportuna toma de acciones efectivas, teniendo el derecho de que las autoridades pusieran a su disposición todos los recursos del Estado para salvaguardarlas, en cumplimiento del deber de protección especial, lo cual no ocurrió.

Sobre la responsabilidad institucional

137. La responsabilidad institucional generada con motivo de las violaciones a los derechos humanos analizadas y evidenciadas corresponde a la Procuraduría General de la República por los actos de AR1 y al DIF Estatal por los actos de AR2.
138. Por lo anterior, con fundamento en los artículos 1o., párrafo tercero, 3o., párrafo tercero, y 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6o., fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existen elementos de convicción suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, promueva queja administrativa en el Órgano Interno de Control de la Procuraduría General de la República, del Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Chihuahua, procedimientos en los cuales se deberán tomar en cuenta las evidencias referidas en la presente Recomendación y los planteamientos que informa; además de formular las denuncias de hechos respectivas en la Procuraduría General de la República por lo que hace a las violaciones a los derechos humanos, a fin de que se determinen las responsabilidades de los servidores públicos de esas dependencias que intervinieron en los hechos violatorios a derechos humanos acreditados

- en el caso, con el objetivo de que se determinen las responsabilidades y se sancione a los responsables de las violaciones a derechos humanos en contra de la niña V1.
139. No pasa desapercibido a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos que a pesar de que durante las diligencias iniciales que realizó su personal el 12 de marzo de 2014, AR1 autorizó la consulta de la investigación AP2 durante la integración del expediente de queja correspondiente a esta investigación, la Procuraduría General de la República postergó injustificadamente durante varios meses la consulta de la AP2 y, también, la de la AP3, esta última solicitada mediante oficio de 26 de marzo de 2014, habiéndose tenido acceso a algunos documentos que integran ambas hasta el 12 de septiembre de 2014, casi seis meses después.
 140. Durante ese tiempo, esta Institución Nacional reiteró en varias ocasiones la petición mediante oficio y su personal realizó diversas gestiones en mesas de trabajo y mediante llamadas telefónicas para allegarse de la información contenida en las investigaciones ministeriales AP2 y AP3, sin que se obtuviera respuesta en relación con la autorización, a saber: cuatro solicitudes mediante oficio, de 10 de abril, 6 de junio, 9 de julio y 3 de septiembre de 2014; cuatro solicitudes en mesa de trabajo el 14 y 17 de mayo, el 18 de junio y el 3 de julio de 2014, así como doce solicitudes mediante gestiones telefónicas repartidas en los días 14 de mayo, 3, 4, 5 y 20 de junio, 3 y 14 de julio, 18 y 21 de agosto y 1 de septiembre de 2014.
 141. Una vez que tuvo lugar la diligencia para la consulta de la averiguación previa, el personal de esa dependencia únicamente facilitó algunos documentos que forman parte de la indagatoria AP3, de modo que no fue posible tener acceso a la investigación ministerial completa.
 142. La conducta procesal descrita revela no sólo dilación injustificada sino selectividad al proporcionar la información, lo cual genera responsabilidad administrativa de los servidores públicos involucrados, según lo establece el artículo 8, fracción XIX, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, la que deberá ser investigada.
 143. Cabe destacar que en el procedimiento administrativo de responsabilidad que se inicie en el Órgano Interno de Control en la Procuraduría General de la República deberá indagarse la responsabilidad que se genere con motivo de la dilación injustificada de proporcionar información a esta Institución Nacional durante la integración del expediente de queja respectivo, anteriormente referida en este documento.

Reparación del daño a la víctima

144. Si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad del Estado consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1o., párrafo tercero, y 113, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 1, 2 y 9 de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, prevé 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.
145. Sobre la reparación del daño del sistema de protección a los derechos de las víctimas, tal como fue sostenido en la Recomendación 2/2015, sobre el caso del homicidio de dos personas en migración de nacionalidad hondureña, ocurrido en el tramo férreo Pakal-Ná –Salto de Agua, municipio de Palenque, Chiapas, párrafos 92 a 99, conforme a los *“Principios y Directrices Básicos Sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones Manifiestas de las Normas Internacionales de Derechos Humanos y de Violaciones Graves del Derecho Internacional Humanitario”* (numeral 51), las víctimas tienen derecho a interponer recursos y obtener reparaciones, y prevé que la reparación de los daños sufridos tendrá como finalidad promover la justicia y remediar las violaciones, y que deberá ser proporcional a la gravedad y al daño sufrido.
146. Para que la reparación del daño resulte plena y efectiva se deberá tomar en cuenta la restitución, la indemnización, la rehabilitación, la satisfacción y las garantías de no repetición, así también se prevé en los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 7, fracción II, y 26 de la Ley General de Víctimas.

147. Según los “Principios” citados, la restitución, siempre que sea posible, ha de devolver a la víctima a la situación anterior a la violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o la violación grave del derecho internacional humanitario, lo cual, en el caso es claramente imposible.
148. La indemnización ha de concederse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, por todos los perjuicios económicamente evaluables.
149. La rehabilitación ha de incluir la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales.
150. La satisfacción ha de incluir, cuando sea pertinente y procedente, la totalidad o parte de las medidas siguientes: a) medidas eficaces para conseguir que no continúen las violaciones; b) la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad, en la medida en que esa revelación no provoque más daños o amenace la seguridad y los intereses de la víctima, de sus familiares, de los testigos o de personas que han intervenido para ayudar a la víctima o impedir que se produzcan nuevas violaciones; c) la búsqueda de las personas desaparecidas, de las identidades de los niños secuestrados y de los cadáveres de las personas asesinadas, la ayuda para recuperarlos, identificarlos y volver a inhumarlos según el deseo explícito o presunto de la víctima o las prácticas culturales de su familia y comunidad; d) una declaración oficial o decisión judicial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de la víctima y de las personas estrechamente vinculadas a ella; e) una disculpa pública que incluya el reconocimiento de los hechos y la aceptación de responsabilidades; f) la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a los responsables de las violaciones; g) conmemoraciones y homenajes a las víctimas; h) la enseñanza de las normas internacionales de derechos humanos y del derecho internacional humanitario, así como la inclusión de estos contenidos en el material didáctico a todos los niveles.
151. Las garantías de no repetición han de incluir medidas que contribuyan a la prevención de las violaciones a derechos humanos.
152. Si bien esta Comisión Nacional advierte que tales principios deben aplicarse en casos de violaciones a derechos humanos, se estima que los mismos pueden servir como guía para que las autoridades responsables puedan determinar la reparación del daño en los casos de naturaleza penal que conocen, sobre todo en aquéllos que versan sobre la protección de los bienes jurídicos imprescindibles, como la vida, la integridad y la seguridad personal, por señalar algunos.
153. A efecto de dar cumplimiento a la Recomendación, y para calificar el debido cumplimiento de cada uno de los puntos recomendatorios, será necesario que la autoridad cumpla con las obligaciones en la materia establecidas en la Ley General de Víctimas, considerando en todo momento los estándares desarrollados en jurisprudencia internacional de los derechos humanos. Para tal efecto, será necesario priorizar en el cumplimiento de las medidas de compensación y rehabilitación.
154. Para reparar el daño en el presente caso, deberá realizarse una indemnización justa y suficiente en beneficio de V2 y V3 con motivo de la violación de los derechos humanos a la integridad personal, al debido proceso y de acceso a una vida libre de violencia, así como la omisión en la atención del interés superior de la niñez en agravio de la niña V1, para lo cual deberán considerarse los daños inmateriales sufridos por las víctimas indirectas, escuchando en todo momento sus necesidades en atención a su vulnerabilidad propia de personas en situación migratoria irregular.
155. La atención psicológica que se preste a V2 y V3 deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y deberá prestarse de forma continua hasta que las víctimas alcancen su total sanación psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos psicológicos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente, así como también teniendo en cuenta la vulnerabilidad propia de su situación migratoria irregular. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario y deben incluir la provisión de medicamentos. Esta atención durante su implementación y llegada su conclusión podrá ser valorada por el personal con especialidad victimológica de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
156. En atención a la satisfacción, el titular de cada una de las instituciones recomendadas deberá extender una disculpa pública institucional a V2 y V3 en que se reconozca la responsabilidad institucional con motivo de la violación a sus derechos humanos como víctimas indirectas, así como de la niña V1. Esta medida deberá

- tomarse con las precauciones debidas que salvaguarden la seguridad y no afectación de las circunstancias de vulnerabilidad de V2 y V3.
157. Los cursos de capacitación y protocolos deberán proporcionarse a todo el personal involucrado que labora en las dependencias recomendadas, aunado a que se deberán buscar estrategias para que dichos cursos y protocolos sean extensivos al personal que labora en todas las dependencias del Estado de Chihuahua. Estos deberán ser efectivos para combatir los hechos que dieron origen a la presente Recomendación; para medir esta efectividad, deberán diseñarse e implementarse a la brevedad indicadores de gestión que permitan conocer el impacto que han tenido en el desempeño de los servidores públicos. Asimismo, estos cursos deberán prestarse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos de los NNA en contexto de movilidad humana. De igual forma, los protocolos y cursos referidos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, con el objetivo de permitir su consulta de forma accesible y lograr una mayor difusión e impacto por medio de este material.
 158. Los protocolos sobre la aplicación del núcleo duro contenido en la “*Opinión Consultiva número 21/2014 sobre derechos y garantías de niñas y niños en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional*” emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos el 19 de agosto de 2014, deberán proveer a que todos los NNA en migración no acompañados sean entrevistados por un especialista que se asegure de conocer a fondo su identidad, nacionalidad, circunstancias de vulnerabilidad particulares y necesidades inmediatas, de modo que todas las autoridades que entren en contacto con ellos estén en aptitud de valorar su interés superior y actuar en consecuencia. Para que tal punto recomendatorio sea efectivamente cumplido, los protocolos deberán contener una diferenciación del trato de NNA en migración no acompañados según su situación a partir de la valoración de su interés superior.
 159. A efecto de calificar el cumplimiento de los puntos relacionados con la colaboración en las denuncias y quejas que presentará este Organismo Nacional deberán informarse las acciones de colaboración que efectivamente han realizado, atendiendo los requerimientos de las instancias investigadoras de forma oportuna y completa, absteniéndose de obstruir las investigaciones y tomando en consideración lo acreditado en esta Recomendación.
 160. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VII, 67, 68, 88, fracción II, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 y demás aplicables del Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 15 de enero de 2015, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la integridad personal, al debido proceso y de acceso a una vida libre de violencia, así como la omisión en la atención del interés superior de la niñez, en agravio de la niña V1 (finada) y de V2 y V3, se deberá inscribir a V2 y V3 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso, en lo conducente, al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida Ley.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente, a ustedes, señora Procuradora General de la República, y señor Gobernador Constitucional del Estado de Chihuahua, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

A usted, Procuradora General de la República:

PRIMERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda a efecto de que se proceda a la reparación del daño ocasionado a V2 y V3 que incluya la indemnización y la atención psicológica necesaria, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento. Esta medida deberá tomarse con las precauciones debidas que salvaguarden la seguridad y no afectación de las circunstancias de vulnerabilidad de V2 y V3.

SEGUNDA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que se extienda una disculpa pública institucional adecuada a V2 y V3 en que se reconozca la responsabilidad institucional con motivo de la violación a sus derechos humanos como víctimas indirectas, así como de la niña V1. Esta medida deberá tomarse con las precauciones debidas que salvaguarden la seguridad y no afectación de las circunstancias de vulnerabilidad de V2 y V3.

TERCERA. Instruir a quien corresponda para que se imparta a los agentes del Ministerio Público de la Federación adscritos en el Estado de Chihuahua un curso de capacitación obligatorio sobre los derechos de los NNA en migración no acompañados y su deber especial de protección, en el que se logre concientizar la situación especial en la que se encuentran; asimismo, se establezcan estrategias para que los cursos de capacitación sean extensivos a todos los integrantes de esa dependencia y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se elabore un protocolo de actuación con base en los estándares de protección especial de derechos humanos para NNA en migración no acompañados, así como los deberes establecidos en la “*Opinión Consultiva OC-21/14 sobre derechos y garantías de niñas y niños en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional*” de la Corte Interamericana de Derechos Humanos emitida el 19 de agosto de 2014, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Participe 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 ser AR1 servidora pública federal y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Instruya a quien corresponda para que se aporten todos los elementos necesarios en el procedimiento administrativo de investigación que se inicie con motivo de la denuncia que esta Comisión Nacional presente ante el Órgano Interno de Control en la Procuraduría General de la República, contra AR1, involucrada en los hechos de la presente recomendación, al que debe agregarse copia de la presente recomendación y se informe a esta Comisión Nacional la determinación que en su momento se emita.

SÉPTIMA. Participe ampliamente con este organismo constitucional autónomo, en el seguimiento e inscripción de V2 y V3 en el Registro Nacional de Víctimas, a efecto de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

A usted, Gobernador Constitucional del Estado de Chihuahua:

PRIMERA. Instruir a quien corresponda para que se imparta a los elementos de la Procuraduría Auxiliar de Asistencia Jurídica y Social del Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Chihuahua un curso de capacitación obligatorio sobre los derechos de los NNA en migración no acompañados y su deber especial de protección, en el que se logre concientizar la situación especial en la que se encuentran; asimismo, se establezcan estrategias para que los cursos de capacitación sean extensivos a todos los integrantes de esa dependencia y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que se extienda una disculpa pública institucional adecuada a V2 y V3 en que se reconozca la responsabilidad institucional con motivo de la violación a sus derechos humanos como víctimas indirectas, así como de la niña V1. Esta medida deberá tomarse con las precauciones debidas que salvaguarden la seguridad y no afectación de las circunstancias de vulnerabilidad de V1 y V2.

TERCERA. Se elabore un protocolo de actuación con base en los estándares de protección especial de derechos humanos para NNA en migración no acompañados, así como los deberes establecidos en la “Opinión Consultiva OC-21/14 sobre derechos y garantías de niñas y niños en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional”, de la Corte Interamericana de Derechos Humanos emitida el 19 de agosto de 2014, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Instruya a quien corresponda para que se aporten todos los elementos necesarios en los procedimientos administrativos de investigación que se inicien con motivo de la denuncia que esta Comisión Nacional presente ante el Órgano Interno de Control en el DIF Estatal de esa entidad federativa, contra AR2, autoridad involucrada en los hechos de la presente recomendación, así como para que se investigue la posible responsabilidad respecto de la omisión en la supervisión y vigilancia que debe existir en los albergues con los que ha firmado convenios el DIF Estatal y del cumplimiento de las responsabilidades que tienen los directores, encargados, representantes legales, socios, titulares o responsables legales de los mismos por sí o por conducto del personal a su cargo, para garantizar la integridad física, psicológica y jurídica de los residentes mientras éstos permanezcan bajo su resguardo, al que debe agregarse copia de la presente recomendación y se informe a esta Comisión Nacional la determinación que en su momento se emita.

QUINTA. Se elabore un protocolo, se realice un programa y se imparta un curso de capacitación que fortalezcan el deber de prevención y amplíen la esfera de protección de las instituciones de gobierno del estado de Chihuahua que brinden alojamiento a NNA en estado de vulnerabilidad que tienen bajo su cuidado y protección, incluyendo al Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Chihuahua, dirigidos tanto a personal de la citada institución como a cualquier persona que labore en los centros con los que tenga convenios para brindar alojamiento.

161. 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 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.
162. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación.
163. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro 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.
164. 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
LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ

Sobre el caso de vulneración al derecho a una consulta libre, previa e informada, en perjuicio de diversas comunidades indígenas

Síntesis:

1. El 24 de mayo de 2012, Q1, representante de una asociación civil, presentó ante este Organismo Nacional escrito de queja, en el que denunció violaciones a los siguientes derechos humanos: al medio ambiente sano, al trabajo, al desarrollo sustentable, a la alimentación, así como a la consulta libre, previa e informada, en agravio de los habitantes de diversas comunidades indígenas, ubicadas en los estados de Campeche, Quintana Roo, Yucatán, San Luis Potosí, Veracruz y Chiapas, señalando como presuntas autoridades responsables: al titular del Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria (SENASICA), órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA), por haber otorgado el permiso para liberación al ambiente en programa piloto, de organismos genéticamente modificados (en adelante "OGMs") a favor de la Empresa 1; y, al Director General de Impacto y Riesgo Ambiental, de la Subsecretaría de Gestión para la Protección Ambiental, de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), por haber emitido dictamen favorable para la expedición del permiso para liberación al ambiente en programa piloto, que genera la posibilidad de que el titular de la SENASICA, conceda aprobación para otorgar el permiso para liberación comercial al ambiente de soya genéticamente modificada. Con motivo de lo anterior, se promovió un amparo ante el Juzgado Primero de Distrito del Décimo Cuarto Distrito, con sede en Mérida, Yucatán; en virtud del cual, el 2 de marzo de 2012 se suspendieron los efectos del segundo permiso otorgado para liberación de soya genéticamente modificada en programa piloto, debido a los daños irreparables que esto podría ocasionar al medio ambiente. Sin embargo, el 11 de mayo de 2012, la Dirección General de Impacto y Riesgo Ambiental, perteneciente a la SEMARNAT, emitió opinión favorable para la siembra en la etapa comercial. En relación a este punto es importante resaltar, que la autorización del 5 de junio para la etapa comercial se otorgó, no obstante la suspensión concedida en marzo de 2012 respecto del segundo permiso para el programa piloto, toda vez que la SAGARPA había reci-
2. bido y dado trámite a la solicitud para liberación comercial del Producto 1 desde febrero del mismo año.
2. El 2 de julio de 2012 se recibió en esta Comisión Nacional, el escrito de queja suscrito por Q2 y Q3, integrantes de diversas asociaciones civiles, en el que señalaron acciones o hechos, que alteran la biodiversidad de flora y fauna y que causan daños en la salud, alimentación, economía y medio ambiente, en diversas comunidades indígenas ubicadas en los estados de Yucatán y Chiapas, imputables a los titulares que integran la Comisión Intersecretarial de Bioseguridad de los Organismos Genéticamente Modificados (CIBIOGEM), tales como: la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA), Secretaría de Salud (SS), Secretaría de Educación Pública (SEP), Secretaría de Economía (SE), Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT); al titular del Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria (SENASICA); al Director General de Inocuidad, Agroalimentaria, Acuícola y Pesquera, y al Director de Bioseguridad para Organismos Genéticamente Modificados, ya que intervinieron directa o indirectamente en el otorgamiento del permiso para liberación al ambiente en programa piloto a favor de la Empresa 1 y, por la posible expedición del permiso para liberación comercial al ambiente.
3. Los quejosos detallan en sus respectivos escritos, que el permiso para liberación al ambiente en programa piloto de OGMs, fue otorgado sin efectuar los estudios de impacto ambiental necesarios y sin informar sobre el particular a las comunidades indígenas de campesinos y apicultores de las zonas, conculcando con ello el derecho a una consulta libre, previa e informada. Expusieron que el polen que recolectan las abejas de las citadas comunidades, está contaminado por la presencia de transgénicos sembrados por la Empresa 1, lo que imposibilitaría la comercialización de la miel en la Unión Europea, afectando con ello la economía de miles de familias que se dedican a la apicultura y se ha puesto en riesgo la flora y fauna del estado de Yucatán, al contaminar genéticamente a las especies endémicas como el maíz criollo, la biodiversidad de la zona, así como la actividad apícola.

4. Los quejosos destacaron que el Director General de la SEMARNAT emitió diversos dictámenes a favor de las solicitudes presentadas por la Empresa 1, a pesar de existir opiniones contrarias, emitidas por la Comisión Nacional de Áreas Naturales Protegidas (CONANP), la Comisión Nacional para el Conocimiento y uso de la Biodiversidad (CONABIO) y, por el entonces Instituto Nacional de Ecología (INE), hoy Instituto Nacional de Ecología y Cambio Climático (INECC).
5. Con motivo de las quejas presentadas ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, el 31 de mayo y 30 de julio de 2012 se iniciaron los expedientes de queja CNDH/1/2012/5509/Q y CNDH/4/2012/6592/Q, respectivamente. El 12 de julio de 2013, el titular de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos determinó la acumulación del expediente CNDH/1/2012/5509/Q al diverso CNDH/4/2012/6592/Q.
6. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/4/2012/6592/Q y su acumulado CNDH/1/2012/5509/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 evidencian trasgresiones al derecho humano a la consulta libre, previa, informada, y de buena fe, en agravio de los habitantes de varias comunidades indígenas maya, huasteca, náhuatl, pame, tepehua, popoluca, totonaca, chol, mame, tzeltal, tzotzil, ubicadas, respectivamente, en los municipios anteriormente señalados; por actos atribuibles a servidores públicos de la SAGARPA, así como de la CIBIOGEM, consistentes en omitir llevar a cabo todas las acciones tendientes a garantizar el derecho a una consulta libre, previa e informada, de las comunidades indígenas especificadas, de acuerdo con las siguientes consideraciones:
 7. En los escritos de queja presentados ante esta Comisión Nacional por Q1, Q2 y Q3, únicamente se hizo alusión expresa a comunidades comprendidas en los estados de Campeche, Quintana Roo, Yucatán, San Luis Potosí, Veracruz y Chiapas, sin embargo, ambos escritos dejaron abierta la posibilidad de que se hubiesen lesionado derechos humanos de pueblos aledaños y toda vez que el permiso para liberación comercial de OGMs comprende además de los municipios mencionados, a los de Aldama, Altamira, El Mante, González, Xicoténcatl y Tampico en Tamaulipas, se considera necesario incluirlos, en ejercicio de la suplencia en la deficiencia de la queja, prevista por el artículo 29 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
 8. Para poder realizar actividades de liberación al ambiente de OGMs, se requiere de permiso, en términos de los artículos 3, fracciones XVI, XVII y XVIII y, 32, de la referida ley, la cual clasifica tres etapas cronológicas de liberación, a saber: a) *Liberación experimental*; b) *Liberación en programa piloto*; c) *Liberación comercial*. Con fechas, 13 de abril de 2009, 6 de julio de 2010 y 17 de junio de 2011, AR1 y AR2 otorgaron los permisos de liberación al ambiente de soya genéticamente modificada, el primero en etapa experimental y los dos últimos, para programa piloto, respectivamente, a favor de la Empresa 1, todos para la Región Agrícola de la Península de Yucatán, abarcando los estados de Yucatán, Campeche y Quintana Roo. En este tenor, la Empresa 1 agotó las dos primeras fases, relativas a la etapa de liberación experimental al ambiente y liberación en programa piloto.
 9. Respecto de la cuarta solicitud, se tiene registro de que fue presentada ante AR1, el 17 de febrero de 2012, por la Empresa 1 a través de su apoderado legal, para liberación comercial al ambiente de soya genéticamente modificada, tolerante al herbicida glifosato, en los citados municipios, para la siembra de 253,500 hectáreas, con un máximo de 13,075,000 kilogramos de semilla, a partir del ciclo Primavera-Verano 2012; la cual fue autorizada por AR1 y AR2 el 5 de junio de 2012. No obstante el mismo día, mediante oficio, AR1 aclaró que no sería liberado el permiso, a favor de la Empresa 1, ya que el 2 de marzo de 2012, el Juez Primero de Distrito en el estado de Yucatán, concedió la suspensión solicitada en el J1 (por lo que hace al segundo permiso otorgado para el programa piloto, de fecha 17 de junio de 2011), toda vez que la validez de la última etapa para liberación comercial, depende de la inmediata anterior. En consecuencia, se indicó que a efecto de no incurrir en un acto violatorio a la suspensión concedida, no se permitiría la liberación de soya genéticamente modificada en los municipios citados, hasta en tanto se resolviera el fondo del J1, mismo que mediante proveído de 31 de octubre de 2013, se acumuló al J3, del Juzgado Primero de Distrito en el estado de Yucatán, en el cual se dictó sentencia el 23 de junio de 2014 en el sentido de conceder el amparo y protección de la justicia federal a los quejosos para los efectos de dejar insubsistente el permiso de liberación comercial al ambiente de soya genéticamente modificada. En relación a este asunto se promovió amparo en revisión, respecto del cual el 27 de febrero de 2015 se publicó en la página de "Internet" del Consejo de la Judicatura Federal, que la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, asumió la competencia para conocerlo.
 10. De la lectura al artículo 33 de la LBOGM, se observa que una vez que sea presentada una solicitud de permiso de liberación al ambiente de OGMs, siempre y cuando cumpla con la información y los requisitos legales establecidos, la autoridad en este caso, SAGARPA deberá remitirla al Registro Nacional de Bioseguridad de los Organismos Genéticamente Modificados, para su inscripción y publicidad respectivas mismo que, en términos de lo dispuesto por el artículo 109 de la Ley en cita, está a cargo de la Secretaría Ejecutiva de la CIBIOGEM, a través de AR3, quien de conformidad con el diverso 108, fracción V, de la multicitada Ley, así como el numeral 54 del Reglamento de dicho ordenamiento, tiene la responsabilidad de establecer los mecanismos para "la consulta y participación de los pueblos y comunidades indígenas asentadas en las zonas donde se pretenda la liberación de los OGMs".
 11. Una vez remitida la solicitud al Registro, la SAGARPA deberá ponerla a disposición del público, para una consulta pública. No pasa inadvertido para este Organismo Constitucional, que

- de la información proporcionada por AR1 y AR2, se desprende que se cumplió el procedimiento de consulta pública previsto en el artículo 33, de la LBOGM, toda vez que cada una de las solicitudes formuladas por la Empresa 1, fueron publicadas en la página de “Internet” del SENASICA, sin embargo, dichas circunstancias no cumplen con los estándares internacionales del derecho humano, a la consulta libre, previa, informada y de buena fe, ya que ello implica diálogo, consenso, información, retroalimentación e inclusión de la población afectada.
12. Con base en los numerales referidos de la LBOGM, las autoridades obligadas a dar publicidad a las solicitudes de permisos para la liberación de OGMs formuladas por la Empresa 1, fueron la SAGARPA y la CIBIOGEM, a través de AR1, AR2 y AR3, respectivamente, concluyéndose pues, que las citadas autoridades no cumplieron con el mandato constitucional y convencional, que constituye la piedra angular de los derechos de los pueblos indígenas.
 13. Tomando en consideración los principios “*pro persona*” y de interpretación conforme, así como la inclusión de los tratados internacionales dentro del bloque de constitucionalidad, en términos de los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 133, constitucionales, AR1, AR2 y AR3, debieron aplicar el “Convenio 169 Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes”, de la OIT, en cuyos artículos 6, 7 y 15, se obligan los gobiernos a consultar a los pueblos interesados. Por lo anteriormente expuesto se considera, que la SAGARPA a través de AR1 y AR2; y, la CIBIOGEM mediante AR3, previo a la emisión de los permisos, debieron implementar un sistema de consulta previa en las comunidades indígenas de los estados de Campeche, Quintana Roo, Yucatán, Tamaulipas, San Luis Potosí, Veracruz, y Chiapas, conforme a los mandatos legales, constitucionales y convencionales, referidos a lo largo de la Recomendación.
 14. Las autoridades responsables omitieron informar a las comunidades indígenas afectadas, el contenido de los dictámenes emitidos por: 1) la CONABIO; 2) la CONANP; 3) el INE; 4) la SEMARNAT; correspondientes a la liberación en etapa comercial. Al respecto, este Órgano Nacional considera que debieron informar a las comunidades indígenas involucradas las acciones que estaban por emprenderse, y tomar en cuenta sus peticiones e inquietudes, para considerar la pertinencia o no de expedir o autorizar cualquier tipo de permiso que implicara la liberación de OGMs.
 15. La violación al derecho a una consulta previa, libre e informada, se hizo del conocimiento a las autoridades involucradas durante la mesa de trabajo celebrada el 13 de junio de 2013, como se constata con el Acta Circunstanciada respectiva, en la que se aprecia la firma de personal de la SEMARNAT, de la SAGARPA, y del Secretario de Desarrollo Urbano y Medio Ambiente del Gobierno del Estado de Yucatán, quienes en esa reunión expresaron su voluntad de proponer una solución inmediata a la problemática planteada, sin que al momento de la elaboración del presente documento, se haya recibido propuesta alguna al respecto.
 16. Esta Comisión Nacional también corroboró, que el Gobierno del Estado de Yucatán, solicitó a la SAGARPA en diversas ocasiones, la suspensión de los permisos otorgados a la Empresa 1, la reposición del procedimiento mediante el cual se concedieron, y que las zonas afectadas en esa entidad federativa se declararan libres de transgénicos como se señala en el artículo 90 fracción III incisos A y B, sin que tales peticiones hayan sido atendidas, bajo el argumento de que, hasta ese momento, la SAGARPA no contaba con los instrumentos normativos a que se refiere la LBOGM en su artículo 90 fracciones I y III inciso c), y los acuerdos contemplados en la fracción II del mismo. No se puede soslayar, que de acuerdo a lo previsto en el artículo 1o. constitucional, “*todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos*” contemplados en la Constitución e instrumentos internacionales, razón por la que se considera, que AR1 debió conducirse, de conformidad con lo establecido por este precepto.
 17. Desde esa óptica, AR1, AR2 y AR3 omitieron llevar a cabo una consulta libre, previa e informada en beneficio de los pueblos indígenas de las comunidades ubicadas en diversos municipios de Campeche, Quintana Roo, Yucatán, Tamaulipas, San Luis Potosí, Veracruz y Chiapas, conforme lo dispone el artículo 2o. constitucional, Apartado B, fracción IX (Derecho a la consulta); 6 (Derecho a la consulta), 7 (Derecho al consentimiento y cooperación), 15 (Derecho a los recursos naturales), del Convenio 169 de la OIT; 18 (Derecho a participar en las decisiones), 19 y 32.2 (Consentimiento libre e informado), de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, adoptada el 13 de septiembre de 2007; así como 1.1, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos (“Pacto de San José”), en tanto prevén, en lo sustancial, que la consulta a los pueblos indígenas, debe realizarse a través de procedimientos apropiados, de buena fe, por conducto de sus instituciones representativas y, que los pueblos involucrados deben tener la oportunidad de participar libremente en todos los niveles en la formulación, implementación y evaluación de medidas y programas que les conciernen directamente.
 18. Para llevar a cabo la consulta previa, libre e informada, las autoridades deben tomar en consideración la protección de todos aquellos derechos humanos que a la par se puedan ver afectados, pues el Estado Mexicano ha suscrito y ratificado diversos instrumentos internacionales en la materia de medio ambiente, como el “Convenio sobre la Diversidad Biológica” de las Naciones Unidas firmado en Río de Janeiro, Brasil, el 29 de diciembre de 1993; la “Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo”, adoptada entre el 3 y 14 de junio de 1992, el “Protocolo de Cartagena Sobre la Seguridad de la Biotecnología del Convenio sobre la Biodiversidad Biológica”, del 29 de enero de 2000, adoptado en Montreal, Canadá y vigente y vinculante para México desde el 11 de septiembre de 2003; y el “Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y Participación Justa y Equitativa en los Beneficios que se Deriven de su Utili-

zación al Convenio sobre la Diversidad Biológica”, adoptado en Nagoya, Japón, el 29 de octubre de 2010. Por su parte en México, debe atenderse lo prescrito en la LBOGM.

19. Por otro lado, este Organismo Constitucional, ve adecuado que se tenga en revisión el proyecto de “*Protocolo Base para el diseño de Consulta a Pueblos y Comunidades Indígenas asentadas en las zonas donde se pretenda la liberación de Organismos Genéticamente Modificados (OGMs)*”, el cual de ser aprobado, deberá ser guía para las autoridades competentes y responsables de tomar decisiones susceptibles de trastocar los derechos de los pueblos y comunidades indígenas. Sin embargo, en el presente caso, AR1 y AR2, servidores públicos adscritos a la SAGARPA, son responsables, toda vez que como autoridades facultadas para expedir el permiso de liberación que afectaría al territorio indígena, tienen la obligación constitucional y convencional de consultarles.
20. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular, respetuosamente a usted, Lic. Enrique Martínez y Martínez, Secretario de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA), y Presidente de la Comisión Intersecretarial de Bioseguridad de los Organismos Genéticamente Modificados (CIBIOGEM), las siguientes recomendaciones:

A usted Secretario de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación:

PRIMERA. Instruya a quien corresponda para que se realicen las gestiones necesarias a efecto de que durante el trámite y resolución del permiso o autorización para la etapa comercial, otorgada el 5 de junio de 2012, previsto por la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados, susceptible de afectar los intereses o derechos de los pueblos y comunidades indígenas analizados o vinculados con los hechos de la presente Recomendación, se efectúe la consulta libre, previa, informada y de buena fe, a los interesados, para cumplir con lo dispuesto por el derecho interno, como por los instrumentos internacionales citados en esta Recomendación, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Se sirva girar las instrucciones correspondientes a efecto de que se analice la autorización y se valore llevar a cabo

las medidas pertinentes para evitar que se afecte el derecho a la consulta libre, previa e informada de las comunidades indígenas establecidas en los municipios agraviados.

TERCERA. Giren sus instrucciones a quien corresponda, a fin de que se adopten las medidas necesarias para que se diseñe e imparta a los servidores públicos de esa Secretaría, un programa integral de educación, formación y capacitación en materia de derechos humanos, específicamente sobre la consulta previa, libre, informada y de buena fe de los pueblos y comunidades indígenas, con el objeto de evitar que continúen emitiéndose esta clase de permisos o autorizaciones sin que medien los procedimientos de consulta y participación, enviando a esta Comisión Nacional, las constancias con las que acrediten su cumplimiento.

A usted Presidente de la Comisión Intersecretarial de Bioseguridad de los Organismos Genéticamente Modificados:

PRIMERA. Con el propósito de que se haga efectivo el derecho a la consulta libre, previa, informada y de buena fe, y se garantice la sustentabilidad ambiental, social y económica de estos pueblos, establezca mecanismos y medios adecuados para realizar la consulta y participación de los pueblos y comunidades indígenas asentados en las zonas donde se pretenda liberar organismos genéticamente modificados, con base en los parámetros aquí expuestos, en el ámbito constitucional y convencional y, además, en atención a lo dispuesto en los artículos 108, de la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados, y 54 de su Reglamento, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Dar vista a la Titular de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, en términos de los artículos 1, 2, y 3, de la Ley de ese organismo descentralizado federal, para que conforme a sus atribuciones, colabore con las comunidades indígenas, a fin de garantizar su participación durante el procedimiento de consulta previa, observando, en su caso, el protocolo que sea aprobado para la implementación de consultas a pueblos y comunidades indígenas de conformidad con estándares del Convenio 169 de la OIT ya referido.

México, D. F., a 28 de julio de 2015

Sobre el caso de vulneración al derecho a una consulta libre, previa e informada, en perjuicio de diversas comunidades indígenas

Lic. Enrique Martínez y Martínez

Secretario de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA), y Presidente de la Comisión Intersecretarial de Bioseguridad de los Organismos Genéticamente Modificados (CIBIOGEM)

Distinguido señor Secretario y Presidente:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1o., párrafos primero, segundo y tercero, 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1o., 3o., párrafo primero, 6o., 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/4/2012/6592/Q y su acumulado CNDH/1/2012/5509/Q, referentes a la vulneración del derecho a una consulta libre, previa e informada por la indebida aprobación de siembra de soya genéticamente modificada en perjuicio de varias comunidades indígenas, maya, huasteca, náhuatl, pame, tepehua, popoluca, totonaca, chol, mame, tzeltal, tzotzil ubicadas, respectivamente, en los municipios de Champotón, Hecelchakán, Hopelchén, Tenabo, Calkiní, Escárcega, Carmen y Palizada en el estado de Campeche; en los municipios de Othón Pompeyo Blanco, José María Morelos y Felipe Carrillo Puerto en el estado de Quintana Roo; los municipios de Santa Elena, Ticul, Oxkutzcab, Tekax, Tzucacab, Peto y Tizimín en el estado de Yucatán; los municipios de Aldama, Altamira, El Mante, González, Xicoténcatl y Tampico en el estado de Tamaulipas; los municipios de Ébano, Tamuín y San Vicente Tancuayalab en el estado de San Luis Potosí; en el municipio de Pánuco en el estado de Veracruz; y, en los municipios de Acacoyagua, Acapetahua, Cacahoatán, Escuintla, Frontera Hidalgo, Huehuetán, Huixtla, Mazatán, Metapa, Suchiapa, Suchiate, Tapachula, Tuxtla Chico, Tuxtla Gutiérrez, Tuzantán, Villa Comaltitlán y Villaflores en el estado de Chiapas, a favor de la Empresa 1, toda vez que no fue respetado su derecho a la consulta libre, previa e informada.
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 4o., 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. El 24 de mayo de 2012, Q1, representante de una asociación civil, presentó ante este Organismo Nacional escrito de queja, en el que denunció violaciones a los siguientes derechos humanos: al medio ambiente sano, al trabajo, al desarrollo sustentable, a la alimentación, así como a la consulta libre, previa e informada, en agravio de los habitantes de diversas comunidades indígenas, ubicadas en los estados de Campeche, Quintana Roo, Yucatán, San Luis Potosí, Veracruz y Chiapas, señalando como presuntas autoridades responsables: al titular del Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria (SENASICA), órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA), por haber otorgado el permiso para liberación al ambiente en programa piloto, de organismos

- genéticamente modificados (en adelante “OGMs”) a favor de la Empresa 1; y, al Director General de Impacto y Riesgo Ambiental, de la Subsecretaría de Gestión para la Protección Ambiental, de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), por haber emitido dictamen favorable para la expedición del permiso para liberación al ambiente en programa piloto, que genera la posibilidad de que el titular de la SENASICA, conceda aprobación para otorgar el permiso para liberación comercial al ambiente de soya genéticamente modificada. Con motivo de lo anterior, se promovió un amparo ante el Juzgado Primero de Distrito del Décimo Cuarto Distrito, con sede en Mérida, Yucatán; en virtud del cual, el 2 de marzo de 2012 se suspendieron los efectos del segundo permiso otorgado para liberación de soya genéticamente modificada en programa piloto, debido a los daños irreparables que esto podría ocasionar al medio ambiente. Sin embargo, el 11 de mayo de 2012, la Dirección General de Impacto y Riesgo Ambiental, perteneciente a la SEMARNAT, emitió opinión favorable para la siembra en la etapa comercial. En relación a este punto es importante resaltar, que la autorización del 5 de junio para la etapa comercial se otorgó, no obstante la suspensión concedida en marzo de 2012 respecto del segundo permiso para el programa piloto, toda vez que la SAGARPA había recibido y dado trámite a la solicitud para liberación comercial del Producto 1 desde febrero del mismo año.
4. El 2 de julio de 2012 se recibió en esta Comisión Nacional, el escrito de queja suscrito por Q2 y Q3, integrantes de diversas asociaciones civiles, en el que señalaron acciones o hechos, que alteran la biodiversidad de flora y fauna y que causan daños en la salud, alimentación, economía y medio ambiente, en diversas comunidades indígenas ubicadas en los estados de Yucatán y Chiapas, imputables a los titulares que integran la Comisión Intersecretarial de Bioseguridad de los Organismos Genéticamente Modificados (CIBIOGEM), tales como: la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA), Secretaría de Salud (SS), Secretaría de Educación Pública (SEP), Secretaría de Economía (SE), Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT); al titular del Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria (SENASICA); al Director General de Inocuidad, Agroalimentaria, Acuícola y Pesquera, y al Director de Bioseguridad para Organismos Genéticamente Modificados, ya que intervinieron directa o indirectamente en el otorgamiento del permiso para liberación al ambiente en programa piloto a favor de la Empresa 1 y, por la posible expedición del permiso para liberación comercial al ambiente.
 5. Los quejosos detallan en sus respectivos escritos, que el permiso para liberación al ambiente en programa piloto de OGMs, fue otorgado sin efectuar los estudios de impacto ambiental necesarios y sin informar sobre el particular a las comunidades indígenas de campesinos y apicultores de las zonas, conculcando con ello el derecho a una consulta libre, previa e informada.
 6. Los quejosos expusieron que el polen que recolectan las abejas de las citadas comunidades, está contaminado por la presencia de transgénicos sembrados por la Empresa 1, lo que imposibilitaría la comercialización de la miel en la Unión Europea, afectando con ello la economía de miles de familias que se dedican a la apicultura y se ha puesto en riesgo la flora y fauna del estado de Yucatán, al contaminar genéticamente a las especies endémicas como el maíz criollo, la biodiversidad de la zona, así como la actividad apícola.
 7. Los quejosos destacaron que el Director General de la SEMARNAT emitió diversos dictámenes a favor de las solicitudes presentadas por la Empresa 1, a pesar de existir opiniones contrarias, emitidas por la Comisión Nacional de Áreas Naturales Protegidas (CONANP), la Comisión Nacional para el Conocimiento y uso de la Biodiversidad (CONABIO) y, por el entonces Instituto Nacional de Ecología (INE), hoy Instituto Nacional de Ecología y Cambio Climático (INECC).
 8. Con motivo de las quejas presentadas ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, el 31 de mayo y 30 de julio de 2012 se iniciaron los expedientes de queja CNDH/1/2012/5509/Q y CNDH/4/2012/6592/Q, respectivamente.
 9. El 12 de julio de 2013, el titular de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos determinó la acumulación del expediente CNDH/1/2012/5509/Q al diverso CNDH/4/2012/6592/Q.

II. EVIDENCIAS

10. Escrito de queja de 24 de mayo de 2012, suscrito por Q1, representante de una organización civil.
11. Escrito de queja de Q2 y Q3, de fecha 4 de junio de 2012 y recibido el 2 de julio siguiente.
12. Informe No. M000/631/12, de 17 de agosto de 2012, por el que la CIBIOGEM, dio respuesta al requerimiento de información que formuló este Organismo Nacional.
13. Oficio S.G.P.A./DGIRA/DG/6733, de 27 de agosto de 2012, por el que SP1, rindió informe a esta Comisión Nacional y, agregó entre otras constancias, las siguientes:
 - 13.1. Oficio DTAP/120/2012, de 10 de abril de 2012, con el que la CONABIO, remitió a SP1, la opinión técnica, análisis y evaluación de riesgo, en la que se consideró no viable la liberación al ambiente del Producto 1, en etapa comercial, a favor de la Empresa 1.
 - 13.2. Oficio FOO DGOR/363/12, de 27 de abril de 2012, por el que el Director General de Operación Regional de la CONANP, emitió una opinión sobre la liberación al ambiente, en etapa comercial, del Producto 1 presentado por la Empresa 1, y recomendó analizar tal actividad, a la luz de la fracción XII, del artículo 28 (Impacto ambiental), de la Ley General del Equilibrio Ecológico y Protección al Ambiente.
 - 13.3. Oficio DGIOECE 208, de 7 de mayo de 2012, con el que el Director General de Investigación de Ordenamiento Ecológico y Conservación de los Ecosistemas del entonces Instituto Nacional de Ecología (INE), remitió a SP1, la opinión técnica No. 0007/2012, no favorable, sobre la liberación al ambiente, en etapa comercial, del Producto 1.
 - 13.4. Dictamen S.G.P.A./D.G.I.R.A./D.G./3530, de 11 de mayo de 2012, suscrito por SP1, por el que determinó como favorable, la liberación al ambiente en etapa comercial de soya genéticamente modificada para la Empresa 1.
 - 13.5. Oficio B00.04.03.02.01.-4377, de 5 de junio de 2012, suscrito por AR1 y AR2, dirigido al apoderado legal de la Empresa 1, mediante el cual emitieron permiso para la liberación al ambiente, de soya genéticamente modificada en etapa comercial.
 - 13.6. Resultados del Análisis de Riesgo (sin fecha), elaborado por la Dirección Técnica de Análisis y Prioridades de la Coordinación de Análisis de Riesgo y Bioseguridad (Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad), relacionados con la solicitud 007/2012, para la liberación al ambiente de soya genéticamente modificada, en etapa comercial, en las regiones agrícolas de la Península de Yucatán, Planicie Huasteca y estado de Chiapas, en cuya recomendación final, no se consideró viable su liberación.
14. Informe B00.-000738, de 30 de agosto de 2012, por el que AR1, dio respuesta, *“por ausencia del Director en Jefe”*, al requerimiento de información de este Organismo Nacional y, adjuntó entre otras constancias, las siguientes:
 - 14.1. Copia de la “Justificación Técnico-Científica, sin fecha, de 2012, para emitir opinión favorable a solicitudes de zonas libres de cultivos de organismos genéticamente modificados”, en el estado de Yucatán, elaborada por la Secretaría de Desarrollo Urbano y Medio Ambiente de esa entidad federativa.
 - 14.2. Decreto publicado en el *Diario Oficial* del Gobierno del Estado de Yucatán, el 30 de septiembre de 2012, por el que se expidió la declaratoria de contingencia para las regiones sur y oriente del estado de Yucatán, con motivo del grave riesgo que representa la presencia de cultivos de organismos genéticamente modificados en esas zonas.
15. Informes DPJA.DPC/CNDH/1269/2012 y DPJA.DPC/CNDH/1366/2012, de 7 y 26 de septiembre de 2012, respectivamente, mediante los cuales la SEP refirió que carece de facultades para intervenir de forma directa o indirecta, en el otorgamiento del permiso para el cultivo de soya genéticamente modificada a la Empresa 1.
16. Informes 5964 y 6563, de 7 de septiembre y 3 de octubre de 2012, respectivamente, el primero, suscrito por el Director General Adjunto Consultivo y Contencioso y, el segundo, por el Director Contencioso de la Dirección General Adjunta, Consultiva, ambos de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos de la Secretaría de Salud.
17. Informe 110.03.10476.12, de 14 de septiembre de 2012, firmado por el Director General Adjunto de Legislación y Consulta, de la Unidad de Asuntos Jurídicos, de la Secretaría de Economía.

18. Informes SFNA/DGSPRNR/0363/12 y 112.-00006515, de 17 de septiembre y 25 de octubre de 2012, el primero, suscrito por el Director General del Sector Primario y Recursos Naturales Renovables, de la Subsecretaría de Fomento y Normatividad Ambiental y, el segundo, por el Director General Adjunto de lo Contencioso Administrativo y Judicial, de la Unidad Coordinadora de Asuntos Jurídicos, ambos de la SEMARNAT.
19. Oficio 529-III-DGACP-DP-17466, de 17 de septiembre de 2012, suscrito por el Director General de Asuntos Contenciosos y Procedimientos, de la Subprocuraduría Fiscal Federal de Amparos, de la Procuraduría Fiscal de la Federación, de la SHCP.
20. Informe BOO-6317, de 18 de septiembre de 2012, firmado, primero, por el Director en Jefe, en ausencia de AR1 y el Director General de Bioseguridad para Organismos Genéticamente Modificados y, en segundo lugar, por el Subdirector de Regulación de Organismos Genéticamente Modificados, ambos del SENASICA, al cual adjuntó, entre otros, los siguientes:
 - 20.1. Oficio B00.04.03.02.01.- 4377, de 5 de junio de 2012, que contiene la Resolución emitida por AR1 y AR2, mediante la cual se otorgó a la Empresa 1, el permiso de liberación al ambiente de soya genéticamente modificada en etapa comercial en los municipios de Champotón, Hecelchakán, Hopelchén, Tenabo, Calkiní, Escárcega, Carmen y Palizada en el estado de Campeche; en los municipios de Othón Pompeyo Blanco, José María Morelos y Felipe Carrillo Puerto en el estado de Quintana Roo; y, en los municipios de Santa Elena, Ticul, Oxkutzcab, Tekax, Tzucacab, Peto y Tizimín en el estado de Yucatán; los municipios de Aldama, Altamira, El Mante, González, Xicoténcatl y Tampico en el estado de Tamaulipas; los municipios de Ébano, Tamuín y San Vicente Tancuayalab en el estado de San Luis Potosí; el municipio de Pánuco en el estado de Veracruz y en los municipios de Acacoyagua, Acapetahua, Cacahoatán, Escuintla, Frontera Hidalgo, Huehuetán, Huixtla, Mazatán, Metapa, Suchiapa, Suchiate, Tapachula, Tuxtla Chico, Tuxtla Gutiérrez, Tuzantán, Villa Comaltitlán y Villaflores en el estado de Chiapas, para la siembra de 253,500 hectáreas.
 - 20.2. Oficio B00.04.03.02.01.-4407, de 5 de junio de 2012, por el que se notificó a la Empresa 1, que no se permitiría la liberación de soya genéticamente modificada en los municipios de Champotón, Hecelchakán, Hopelchén, Tenabo, Calkiní, Escárcega, Carmen y Palizada en el estado de Campeche; en los municipios de Othón Pompeyo Blanco, José María Morelos y Felipe Carrillo Puerto en el estado de Quintana Roo; y, en los municipios de Santa Elena, Ticul, Oxkutzcab, Tekax, Tzucacab, Peto y Tizimín en el estado de Yucatán, toda vez que con fecha 2 de marzo de 2012, el Juez Primero de Distrito del Estado de Yucatán con residencia en Mérida, determinó la suspensión del programa piloto de fecha 17 de junio de 2011 (Segundo permiso en programa piloto).
21. Informe I000/397/2012, de 18 de septiembre de 2012, suscrito por el Director Adjunto de Asuntos Jurídicos del CONACYT, con el que atendió el requerimiento de información que formuló esta Comisión Nacional, al cual anexó lo siguiente:
 - 21.1. Oficio M000/692/12, de 12 de septiembre de 2012, elaborado por AR3, mediante el cual rindió el informe solicitado por esta Comisión Nacional, en el que detalló su intervención en los hechos materia de la queja, en el sentido de que no contaba con facultades para otorgar permisos, licencias o concesiones.
22. Informe 110.05.- 679, de 19 de septiembre de 2012, que remitió la Subdirectora de Derechos Humanos y Supervisión de Unidades Jurídicas, de la Oficina del Abogado General de la SAGARPA.
23. Oficio 110.-120, de 8 de noviembre de 2012, suscrito por el Abogado General de la SAGARPA, con el que dio contestación a la solicitud de información de esta Comisión Nacional.
24. Oficio S.G.P.A./DGIRA/DG/9079, de 12 de noviembre de 2012, firmado por el Director de Área, en ausencia de SP1, con el que dio respuesta a la solicitud de información formulada por este Organismo Nacional.
25. Acta Circunstanciada de la reunión de trabajo de 29 de enero de 2013, celebrada entre un Director de Área de esta Comisión Nacional con el Secretario de Desarrollo Urbano y Medio Ambiente del Gobierno del Estado de Yucatán, en la que se dio seguimiento a la problemática derivada del otorgamiento del permiso de cultivo de soya genéticamente modificada a la Empresa 1 y en la que se estableció un compromiso por parte de esa autoridad local, para aportar las evidencias que obran en su poder sobre el presente caso.
26. Actas Circunstanciadas de las gestiones telefónicas de 12 de febrero, 1 y 20 de marzo, así como 4 de abril de 2013, efectuadas por un visitador adjunto de esta Comisión Nacional, a fin de solicitar al titular de la Se-

- cretaría de Desarrollo Urbano y Medio Ambiente del Gobierno del Estado de Yucatán, enviara los elementos de prueba, que formaron convicción en esa dependencia, sobre las irregularidades detectadas en el otorgamiento del permiso de cultivo de soya genéticamente modificada a la Empresa 1.
27. Acta Circunstanciada de la reunión de trabajo de 9 de abril de 2013, sostenida en las oficinas de este Organismo Nacional, con el Secretario de Desarrollo Urbano y Medio Ambiente del Gobierno del Estado de Yucatán, quien aportó las evidencias que obran en su poder, sobre los hechos materia del presente caso, entre las cuales se encuentran:
- 27.1. Relatoría de la reunión de trabajo celebrada el 9 de abril de 2012, en la que participaron el Gobierno del Estado de Yucatán, AR1 y AR3, para tratar la problemática derivada del cultivo de soya genéticamente modificada por parte de la Empresa 1.
- 27.2. Oficios VI-00483-2012, VI-01369-2012, y VI/00023/2013, de 17 de abril, 6 de noviembre de 2012, y 8 de enero de 2013, respectivamente, a través de los cuales, el Secretario de Desarrollo Urbano y Medio Ambiente del Gobierno del Estado de Yucatán, solicitó a AR1, AR3 y al actual titular de la SAGARPA, efectuaran la revisión del procedimiento mediante el cual se otorgó el permiso para el cultivo de soya genéticamente modificada, así como la suspensión de los derechos a la Empresa 1, con la licencia para el cultivo de organismos genéticamente modificados, reiterando su petición de que se declarara a la Península de Yucatán como zona libre de transgénicos; para ello, exhibieron la Justificación Técnica-Científica, señalada en el numeral 14.1.
- 27.3. Oficios del VI/1281/2012 al VI/1290/2012, de 18 de octubre de 2012, suscritos por el Secretario de Desarrollo Urbano y Medio Ambiente del Estado de Yucatán, por los que solicitó a la SAGARPA, emitiera una opinión favorable para que se declarara como zona libre de cultivos de organismos genéticamente modificados al estado de Yucatán.
- 27.4. Oficios del B00.04.03.02.-11496 al B00.04.03.02.-11505, todos suscritos por AR1, el 30 de noviembre de 2012, a través de los cuales informó al Secretario de Desarrollo Urbano y Medio Ambiente del Estado de Yucatán, que esa autoridad aun no contaba con los instrumentos normativos para determinar zonas libres de transgénicos.
28. Oficio VI/00496/2013, de 20 de mayo de 2013, suscrito por el Secretario de Desarrollo Urbano y Medio Ambiente del Gobierno del Estado de Yucatán, mediante el cual solicitó al actual titular de la SAGARPA, entre otras cosas, informara acerca de las solicitudes de comunidades interesadas en que se declarara a la Península de Yucatán como zona libre de transgénicos, a lo que la autoridad contestó que no contaba con los instrumentos normativos para determinar zonas libres de transgénicos.
29. Actas Circunstanciadas de 28 de mayo y 7 de junio de 2013, en las que se asentó la invitación realizada por una visitadora adjunta de esta Comisión Nacional, a los quejosos; a la SEMARNAT; SAGARPA, y a la Secretaría de Desarrollo Urbano y Medio Ambiente del Gobierno del Estado de Yucatán, para llevar a cabo una reunión de trabajo el 13 de junio de 2013, a las 11:00 horas en las oficinas de este Organismo Nacional, a efecto de propiciar una solución a la problemática que dio origen al presente expediente.
30. Acta Circunstanciada de la reunión de trabajo de 13 de junio de 2013, celebrada a las 11:30 horas, en las instalaciones de este Organismo Nacional con la participación de Q1, Q2 y Q3; personal adscrito a la SEMARNAT y a la SAGARPA; y, del Secretario de Desarrollo Urbano y Medio Ambiente del Gobierno del Estado de Yucatán.
31. Oficio B00.04.03.02.- 04523/2013, de 10 de julio de 2013, por el que AR1, informó a este Organismo Nacional, la existencia de *“diversos juicios de amparo promovidos por Organizaciones No Gubernamentales, Asociaciones Civiles y Sociedades Mercantiles”*, en contra del permiso de liberación comercial, radicados en los Juzgados Primero de Distrito del Estado de Yucatán, Segundo de Distrito en el Estado Campeche, Primero, Segundo y Sexto de Distrito en el Estado de Chiapas y, Sexto de Distrito en el Estado de Quintana Roo, relacionados con el otorgamiento del permiso a favor de la Empresa 1, promovidos por grupos de apicultores y miembros de las comunidades indígenas afectadas.
32. Acuerdo de 12 de julio de 2013, mediante el cual el titular de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, determinó la acumulación del expediente CNDH/1/2012/5509/Q al diverso CNDH/4/2012/6592/Q.

33. Acta Circunstanciada de 20 de noviembre de 2013, en la que un visitador adjunto de esta Comisión Nacional, hizo constar el resultado de la consulta realizada en la página de “Internet” <http://www.dgepj.cjf.gob.mx/inter-net/expedientes>, de la Dirección General de Estadística Judicial del Consejo de la Judicatura Federal, respecto del estado procesal de los juicios de amparo J1, J2, J3, J4, J5, J6, J7 y J8, radicados en los Juzgados Primero de Distrito del Estado de Yucatán, Segundo de Distrito en el Estado Campeche, Primero, Segundo y Sexto de Distrito en el Estado de Chiapas y, Sexto de Distrito en el Estado de Quintana Roo, relacionados con el otorgamiento del permiso a favor de la Empresa 1, promovidos por grupos de apicultores y miembros de las comunidades indígenas afectadas.
34. Opinión técnica sin fecha, emitida por una licenciada en Antropología de esta Comisión Nacional, relacionada con la autorización de siembra de soya genéticamente modificada en las comunidades de Santa Elena, Ticul, Oxkutzcab, Terax, Tzucabab, Peto y Tizimin en el estado de Yucatán; Champotón, Hecelchakán, Hopelchen, Tenabo, Calkiní, Escárcega, Carmén y Palizada en el estado de Campeche; Othón P. Blanco, José María Morelos y Felipe Carrillo Puerto en el estado de Quintana Roo, así como Tuxtla Gutiérrez en el estado de Chiapas.
35. Acta Circunstanciada de 4 de agosto de 2014, en la que un visitador adjunto de esta Comisión Nacional, agregó notas periodísticas relacionadas con los amparos promovidos contra la autorización otorgada a la Empresa 1 e hizo constar el resultado de la consulta realizada en la página de “Internet” de la Dirección General de Estadística Judicial del Consejo de la Judicatura Federal, respecto del estado procesal de los J1 y J3.
36. Acta Circunstanciada de 12 de marzo de 2015, en la que un visitador adjunto de esta Comisión Nacional, hizo constar el resultado de la consulta realizada en la página de “Internet”, de la Dirección General de Estadística Judicial del Consejo de la Judicatura Federal, respecto del estado procesal de los J1, J2, J3, J4, J5, J6, J7 y J8.
37. Oficio 110.03.-19176/15, de 22 de julio de 2015, por el que SP2, informó a este Organismo Nacional, que con la finalidad de cumplir con la medida provisional decretada por el Juez Segundo de Distrito en materia civil en el Distrito Federal en el expediente 731/2013-P.C, la Secretaria Ejecutiva de CIBIOGEM, solicitó la opinión de la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal del proyecto de “Protocolo Base para el diseño de Consulta a Pueblos y Comunidades Indígenas asentadas en las zonas donde se pretenda la liberación de Organismos Genéticamente Modificados (OGMs)”.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

38. Con fechas, 13 de abril de 2009, 6 de julio de 2010 y 17 de junio de 2011, AR1 y AR2 otorgaron los permisos de liberación al ambiente de soya genéticamente modificada, el primero en etapa experimental y los dos últimos, para programa piloto, respectivamente, a favor de la Empresa 1, todos para la Región Agrícola de la Península de Yucatán, abarcando los estados de Yucatán, Campeche y Quintana Roo.
39. El 5 de junio de 2012, las autoridades responsables expidieron permisos en etapa comercial para la siembra de 253,500 (doscientas cincuenta y tres mil quinientas) hectáreas de soya genéticamente modificada, a favor de la Empresa 1 en los municipios de Champotón, Hecelchakán, Hopelchén, Tenabo, Calkiní, Escárcega, Carmen y Palizada en el estado de Campeche; en los municipios de Othón Pompeyo Blanco, José María Morelos y Felipe Carrillo Puerto en el estado de Quintana Roo; los municipios de Santa Elena, Ticul, Oxkutzcab, Tekax, Tzucabab, Peto y Tizimín en el estado de Yucatán; los municipios de Aldama, Altamira, El Mante, González, Xicoténcatl y Tampico en el estado de Tamaulipas; los municipios de Ébano, Tamuín y San Vicente Tancuayalab en el estado de San Luis Potosí; en el municipio de Pánuco en el estado de Veracruz; y, en los municipios de Acacoyagua, Acapetahua, Cacahoatán, Escuintla, Frontera Hidalgo, Huehuetán, Huixtla, Mazatán, Metapa, Suchiapa, Suchiate, Tapachula, Tuxtla Chico, Tuxtla Gutiérrez, Tuzantán, Villa Comaltitlán y Villaflores en el estado de Chiapas.
40. Con motivo de tales acontecimientos, diversos grupos de apicultores y miembros de las comunidades indígenas afectadas, promovieron varios juicios de amparo, de los cuales esta Comisión Nacional tiene registro de 8, radicados en los Juzgados Primero de Distrito del Estado de Yucatán, Segundo de Distrito en el Estado de Campeche, Primero, Segundo y Sexto de Distrito en el Estado de Chiapas y Sexto de Distrito en el Estado de Quin-

tana Roo, y derivado de la consulta realizada en la referida página de “Internet”, se advierte que a la fecha de emisión de la presente Recomendación, presentan el siguiente estado procesal.

Juicio de Amparo	Juzgado	Acto reclamado	Sentido de la sentencia	Estado actual
J1 y su acumulado J3 , presentados el 1 de marzo de 2012 y 28 de junio de 2012, respectivamente	Juzgado Primero de Distrito en el Estado de Yucatán	<p>(J1)</p> <p>a) La promulgación y expedición de los artículos 15, último párrafo, 33, último párrafo, 34, primer párrafo, 61, fracción III, y 66, último párrafo, de la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados.</p> <p>b) La expedición del permiso a favor de la Empresa 1, para la liberación al ambiente en fase piloto de soya genéticamente modificada.</p> <p>c) El dictamen S.G.P.A./DGIRA/DG3530/12, por el que SEMARNAT determinó como favorable, la liberación al ambiente de soya genéticamente modificada para la Empresa 1.</p> <p>(J3)</p> <p>d) La expedición del permiso a favor de la Empresa 1, para la liberación al ambiente en fase comercial de soya genéticamente modificada</p>	<p>El 23 de junio de 2014, se emitió sentencia en los siguientes términos:</p> <p>Se sobresee respecto los actos reclamados en los incisos a) y b).</p> <p>La Justicia de la Unión Ampara y Protege a los quejosos contra los actos identificados en los incisos c), d) y e)</p>	<p>El 17 de julio de 2014, la Empresa 1 presentó recurso de revisión. (En trámite)</p> <p>El 27 de febrero de 2015, se publicó en la página de “Internet” del Consejo de la Judicatura Federal, que la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, asumió la competencia para conocer del recurso de revisión. (En trámite)</p>
J2 presentado el 26 de junio de 2012.	Juzgado Segundo de Distrito en el Estado de Campeche.	<p>e) El dictamen S.G.P.A./DGIRA/DG3530/12, por el que SEMARNAT determinó como favorable, la liberación al ambiente de soya genéticamente modificada para la Empresa 1.</p> <p>a) La expedición del permiso a favor de la Empresa 1, para la liberación al ambiente en fase comercial de soya genéticamente modificada, destinada a sembrarse 253,500 hectáreas.</p> <p>b) El dictamen S.G.P.A./DGIRA/DG3530/12, por el que SEMARNAT determinó como favorable, la liberación al ambiente de soya genéticamente modificada para la Empresa 1.</p>	<p>El 23 de diciembre de 2013, se emitió sentencia en los siguientes términos:</p> <p>Se sobresee respecto a la Dirección General de Sanidad Vegetal; Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales; y Subsecretaría de Gestión para la Protección Ambiental.</p> <p>La Justicia de la Unión Ampara y Protege a los quejosos contra los actos identificados en los incisos a) y b)</p>	<p>El 25 de mayo de 2014, la Empresa 1 presentó recurso de revisión; del cual, en el auto de fecha 10 de octubre de 2014, consta que, el Tribunal Colegiado del Trigésimo Primer Circuito, resolvió modificar la sentencia y sobreseer el Juicio, respecto de los actos atribuidos a SAGARPA; SEMARNAT y Subsecretaría de Gestión para la Protección Ambiental y la Dirección General de Impacto y Riesgo Ambiental. Por otra parte se declaró incompetente para conocer de la revisión adhesiva hecha valer por la parte quejosa, y solicitó a la SCJN que ejercite la facultad de atracción para que conozca de los temas de legalidad relacionado con el presente recurso de revisión. (Trámite)</p>

Juicio de Amparo	Juzgado	Acto reclamado	Sentido de la sentencia	Estado actual
J4 presentado el 26 de junio de 2012.	Juzgado Sexto de Distrito en el Estado de Chiapas.	a) La promulgación y expedición de los artículos 15, último párrafo, 33, último párrafo, 34, primer párrafo, 61, fracción III, y 66, último párrafo, de la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados. b) La expedición del permiso a favor de la Empresa 1, para la liberación al ambiente en fase comercial de soya genéticamente modificada, destinada a sembrarse 253,500 hectáreas.	El 27 de junio de 2014, se emitió sentencia en la que se sobreseyó en el Juicio de Amparo.	El 8 de agosto de 2014, los quejosos presentaron recurso de revisión. El Cuarto Tribunal Colegiado del Vigésimo Circuito en sesiones de 23 y 30 de abril de 2015, resolvió el amparo en revisión, en el que determinó revocar la sentencia recurrida y ordenó se repusiera el procedimiento.
J5 presentado el 26 de junio de 2012.	Juzgado Sexto de Distrito en el Estado de Quintana Roo.	La promulgación y expedición de los artículos 15, último párrafo, 33, último párrafo, 34, primer párrafo, 61, fracción III, y 66, último párrafo, de la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados. La expedición del permiso a favor de la Empresa 1, para la liberación al ambiente en fase comercial de soya genéticamente modificada.	El 7 de diciembre de 2012, se emitió sentencia en la que se sobreseyó en el juicio, al actualizarse la causal de improcedencia prevista en el artículo 73, fracción V, de la anterior Ley de Amparo. (Falta de interés jurídico de los quejosos)	El 27 de diciembre de 2012, la sentencia causó ejecutoria. (Concluido)
J6 presentado el 26 de junio de 2012.	Juzgado Sexto de Distrito en el Estado de Quintana Roo.	La promulgación y expedición de los artículos 15, último párrafo, 33, último párrafo, 34, primer párrafo, 61, fracción III, y 66, último párrafo, de la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados. La expedición del permiso a favor de la Empresa 1, para la liberación al ambiente en fase comercial de soya genéticamente modificada.	El 5 de diciembre de 2012, se emitió sentencia en la que se sobreseyó en el juicio, al actualizarse la causal de improcedencia prevista en el artículo 73, fracción V, de la anterior Ley de Amparo. (Falta de interés jurídico de los quejosos)	El 24 de diciembre de 2012, la sentencia causó ejecutoria. (Concluido)
J7 presentado el 27 de junio de 2012.	Juzgado Segundo de Distrito en el Estado de Campeche.	La expedición del permiso a favor de la Empresa 1, para la liberación al ambiente en fase comercial de soya genéticamente modificada, destinada a sembrarse 253,500 hectáreas.	El 27 de enero de 2014, se emitió la sentencia, que dicta: Se sobresee respecto a la Dirección General de Sanidad Vegetal; Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales; y Subsecretaría de Gestión para la Protección Ambiental, al actualizarse la Causal de sobreseimiento del artículo 63, fracción IV, de la Ley de Amparo vigente. (No existe el acto reclamado) La Justicia de la Unión Ampara y Protege a los quejosos contra el acto reclamado.	El 10 de abril de 2014, la Empresa 1 presentó recurso de revisión. Con fecha 25 de marzo de 2015 la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia ejerció facultad de atracción de los amparos en revisión relacionados con el J7 . (En trámite)

Juicio de Amparo	Juzgado	Acto reclamado	Sentido de la sentencia	Estado actual
J8 presentado el 27 de junio de 2012.	Juzgado Segundo de Distrito del Estado de Chiapas.	<p>a) La promulgación y expedición de los artículos 15, último párrafo, 33, último párrafo, 34, primer párrafo, 61, fracción III, y 66, último párrafo, de la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados.</p> <p>b) La expedición del permiso a favor de la Empresa 1, para la liberación al ambiente en fase comercial de soya genéticamente modificada, a sembrarse en 253,500 hectáreas.</p> <p>c) El dictamen S.G.P.A./DGIRA/DG3530/12, por el que SEMARNAT determinó como favorable, la liberación de soya genéticamente modificada para la Empresa 1.</p>	El 14 de febrero de 2013, se emitió sentencia en la que se sobreseyó en el juicio de amparo, al actualizarse la causal de improcedencia prevista en el artículo 73, fracción V, de la anterior Ley de Amparo. (Falta de interés jurídico de los quejoso)	El 22 de marzo de 2013, la sentencia causó ejecutoria. (Concluido)

41. El 5 de junio de 2012, mediante Oficio B00.04.03.02.01.-4407, AR1 aclaró que no sería liberado el permiso en etapa comercial para la siembra de 253,500 (doscientas cincuenta y tres mil quinientas) hectáreas de soya genéticamente modificada, a favor de la Empresa 1, respecto de los municipios de Champotón, Hecelchakán, Hopelchén, Tenabo, Calkiní, Escárcega, Carmen y Palizada en el estado de Campeche; en los municipios de Othón Pompeyo Blanco, José María Morelos y Felipe Carrillo Puerto en el estado de Quintana Roo; y, en los municipios de Santa Elena, Ticul, Oxkutzcab, Tekax, Tzucacab, Peto y Tizimín en el estado de Yucatán, ya que el 2 de marzo de 2012, el Juez Primero de Distrito en el Estado de Yucatán, concedió la suspensión solicitada en el J1 (por lo que hace al segundo permiso otorgado para el programa piloto, de fecha 17 de junio de 2011), toda vez que la validez de la última etapa para liberación comercial, depende de la inmediata anterior. En consecuencia, se indicó que a efecto de no incurrir en un acto violatorio a la suspensión concedida, no se permitiría la liberación de soya genéticamente modificada en los municipios citados, hasta en tanto se resolviera el fondo del J1, mismo que mediante proveído de 31 de octubre de 2013, se acumuló al J3, del Juzgado Primero de Distrito en el Estado de Yucatán, en el cual se dictó sentencia el 23 de junio de 2014 en el sentido de conceder el amparo y protección de la justicia federal a los quejosos para los efectos de dejar insubsistente el permiso de liberación comercial al ambiente de soya genéticamente modificada. En relación a este asunto se promovió amparo en revisión, respecto del cual el 27 de febrero de 2015 se publicó en la página de "Internet" del Consejo de la Judicatura Federal, que la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, asumió la competencia para conocerlo.

IV. OBSERVACIONES

42. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/4/2012/6592/Q y su acumulado CNDH/1/2012/5509/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 evidencian trasgresiones al derecho humano a la consulta libre, previa, informada, y de buena fe, en agravio de los habitantes de varias comunidades indígenas maya, huasteca, náhuatl, pame, tepehua, popoluca, totonaca, chol, mame, tzeltal, tzotzil, ubicadas,

respectivamente, en los municipios de Champotón, Hecelchakán, Hopelchén, Tenabo, Calkiní, Escárcega, Carmen y Palizada en el estado de Campeche; en los municipios de Othón Pompeyo Blanco, José María Morelos y Felipe Carrillo Puerto en el estado de Quintana Roo; los municipios de Santa Elena, Ticul, Oxkutzcab, Tekax, Tzucucab, Peto y Tizimín en el estado de Yucatán; los municipios de Aldama, Altamira, El Mante, González, Xicoténcatl y Tampico en el estado de Tamaulipas; los municipios de Ébano, Tamuín y San Vicente Tancuayalab en el estado de San Luis Potosí; en el municipio de Pánuco en el estado de Veracruz; y, en los municipios de Acacoyagua, Acapetahua, Cacahoatán, Escuintla, Frontera Hidalgo, Huehuetán, Huixtla, Mazatán, Metapa, Suchiapa, Suchiate, Tapachula, Tuxtla Chico, Tuxtla Gutiérrez, Tuzantán, Villa Comaltitlán y Villaflores en el estado de Chiapas, por actos atribuibles a servidores públicos de la SAGARPA, así como de la CIBIOGEM, consistentes en omitir llevar a cabo todas las acciones tendientes a garantizar el derecho a una consulta libre, previa e informada, de las comunidades indígenas especificadas, de acuerdo con las siguientes consideraciones:

43. Antes de iniciar el estudio de las violaciones a derechos humanos que dieron origen al presente pronunciamiento, se aclara que en los escritos de queja presentados ante esta Comisión Nacional por Q1, Q2 y Q3, únicamente se hizo alusión expresa a comunidades comprendidas en los estados de Campeche, Quintana Roo, Yucatán, San Luis Potosí, Veracruz y Chiapas, sin embargo, ambos escritos dejaron abierta la posibilidad de que se hubiesen lesionado derechos humanos de pueblos aledaños y toda vez que el permiso para liberación comercial de OGMs comprende además de los municipios mencionados, a los de Aldama, Altamira, El Mante, González, Xicoténcatl y Tampico en Tamaulipas, se considera necesario incluirlos, en ejercicio de la suplencia en la deficiencia de la queja, prevista por el artículo 29 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
44. En sus escritos de queja Q1, Q2 y Q3 señalaron como derechos humanos presuntamente vulnerados, los siguientes: Derecho a un medio ambiente sano, que se relaciona con la preservación, conservación y mejora del medio ambiente; derecho al trabajo y a la economía, definidos como la posibilidad de participar libremente en las actividades de producción y de prestación de servicios a la sociedad y al disfrute de los beneficios obtenidos mediante estas actividades; derecho al desarrollo sustentable, referente a la satisfacción de las necesidades de las generaciones presentes, sin comprometer las posibilidades de las del futuro; derecho a la alimentación, comprende tanto la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, como el hecho de que esos alimentos sean aceptables para una cultura determinada.
45. Por lo que hace a estos derechos, la Comisión Nacional no se pronuncia sobre la probable vulneración de los derechos humanos aludidos líneas arriba, sino exclusivamente sobre el derecho a la consulta previa, libre e informada, ya que los quejosos únicamente refirieron posibles escenarios derivados de la liberación de organismos genéticamente modificados, como la imposibilidad de comercializar la miel en la Unión Europea, lo que según su apreciación, perjudicaría la economía de miles de familias que se dedican a la apicultura, y correría riesgo de afectarse la actividad apícola, contaminarse las especies endémicas como el maíz criollo, así como de la flora y fauna del estado de Yucatán. Respecto de tales escenarios, este Organismo Constitucional no cuenta con evidencias para afirmar que en efecto hayan acontecido. Es preciso recordar, que toda situación susceptible de afectar los derechos de los pueblos y comunidades indígenas, debe ser consultada, con el objeto de garantizar su participación, conocer en qué medida serán afectados sus intereses y proteger sus derechos, por lo que, más allá de ser una herramienta de aprobación o legalización de proyectos, su implementación eficaz, garantiza el respeto de los derechos de las comunidades involucradas.
46. En conexión con los transgénicos, es conveniente ubicarnos en el contexto de los OGMs que, en términos del artículo 3, fracción XXI, de la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados (en adelante "LBOGM"), los define como: *"Cualquier organismo vivo, con excepción de los seres humanos, que ha adquirido una combinación genética novedosa, generada a través del uso específico de técnicas de la biotecnología moderna que se define en esta Ley, siempre que se utilicen técnicas que se establecen en esta Ley o en las normas oficiales mexicanas que deriven de la misma"*; y conforme al artículo 1, *"es de orden público y de in-*

- terés social, y tiene por objeto regular las actividades de utilización confinada, liberación experimental, liberación en programa piloto, liberación comercial, comercialización, importación y exportación de organismos genéticamente modificados, con el fin de prevenir, evitar o reducir los posibles riesgos que estas actividades pudieran ocasionar a la salud humana o al medio ambiente y a la diversidad biológica o a la sanidad animal, vegetal y acuícola”.*
47. Para poder realizar actividades de liberación al ambiente de OGMs, se requiere de permiso, en términos de los artículos 3, fracciones XVI, XVII y XVIII y, 32, de la referida ley, la cual clasifica tres etapas cronológicas de liberación, a saber: a) *“Liberación experimental: Es la introducción, intencional y permitida en el medio ambiente, de un organismo o combinación de organismos genéticamente modificados, siempre que hayan sido adoptadas medidas de contención, tales como barreras físicas o una combinación de éstas con barreras químicas o biológicas, para limitar su contacto con la población y el medio ambiente, exclusivamente para fines experimentales, en los términos y condiciones que contenga el permiso respectivo”*; b) *“Liberación en programa piloto: Es la introducción, intencional y permitida en el medio ambiente, de un organismo o combinación de organismos genéticamente modificados, con o sin medidas de contención, tales como barreras físicas o una combinación de éstas con barreras químicas o biológicas, para limitar su contacto con la población y el medio ambiente, que constituye la etapa previa a la liberación comercial de dicho organismo, dentro de las zonas autorizadas y en los términos y condiciones contenidos en el permiso respectivo”*; y c) *“Liberación comercial: Es la introducción, intencional y permitida en el medio ambiente, de un organismo o combinación de organismos genéticamente modificados, sin que hayan sido adoptadas medidas de contención, tales como barreras físicas o una combinación de éstas con barreras químicas o biológicas, para limitar su contacto con la población y el medio ambiente, que se realiza con fines comerciales, de producción, de biorremediación, industriales y cualesquiera otros distintos de la liberación experimental y de la liberación en programa piloto, en los términos y condiciones que contenga el permiso respectivo”.*
48. En este tenor, la Empresa 1 agotó las dos primeras fases, relativas a la etapa de liberación experimental al ambiente y liberación en programa piloto. Respecto de la cuarta solicitud, se tiene registro de que fue presentada ante AR1, el 17 de febrero de 2012, por la Empresa 1 a través de su apoderado legal, para liberación comercial al ambiente de soya genéticamente modificada, tolerante al herbicida glifosato, en los municipios de Champotón, Hecelchakán, Hopelchén, Tenabo, Calkiní, Escárcega, Carmen y Palizada en el estado de Campeche; en los municipios de Othón Pompeyo Blanco, José María Morelos y Felipe Carrillo Puerto en el estado de Quintana Roo; los municipios de Santa Elena, Ticul, Oxkutzcab, Tekax, Tzucacab, Peto y Tizimin en el estado de Yucatán; los municipios de Aldama, Altamira, El Mante, González, Xicoténcatl y Tampico en el estado de Tamaulipas; los municipios de Ébano, Tamuín y San Vicente Tancuayalab en el estado de San Luis Potosí; en el municipio de Pánuco en el estado de Veracruz; y, en los municipios de Acacoyagua, Acapetahua, Cacahoatán, Escuintla, Frontera Hidalgo, Huehuetán, Huixtla, Mazatán, Metapa, Suchiapa, Suchiate, Tapachula, Tuxtla Chico, Tuxtla Gutiérrez, Tuzantán, Villa Comaltitlán y Villaflores en el estado de Chiapas, para la siembra de 253,500 (doscientas cincuenta y tres mil quinientas) hectáreas, con un máximo de 13,075,000 (trece millones setenta y cinco mil) kilogramos de semilla, a partir del ciclo Primavera-Verano 2012.
49. El 29 de febrero de 2012, AR1 y AR2, mediante oficio B00.04.03.02.01.-01307, remitieron la información de la solicitud formulada por Empresa 1 a la CIBIOGEM, para efectos de la inscripción y publicidad respectivas en el Registro Nacional de Bioseguridad para los Organismos Genéticamente Modificados, a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 33 de la LBOGM.
50. El 5 de marzo de 2012, el SENASICA, puso a disposición del público en general la solicitud formulada por la Empresa 1, de permiso de liberación comercial al ambiente, de soya genéticamente modificada, tolerante al herbicida glifosato, a través de su página electrónica, para atender lo dispuesto en el artículo 33 de la LBOGM, respecto al requisito de publicidad y consulta pública.
51. El 11 de mayo de 2012, SP1 remitió el Oficio S.G.P.A./D.G.I.R.A./D.G./3530 a AR1 y AR2, por el que determinó como favorable, la liberación al ambiente de soya genéticamente modificada por la Empresa 1.
52. Conforme al procedimiento previsto en la LBOGM, la SAGARPA a través de AR1 y AR2, emitió el oficio B00.04.03.02.01.-4377 signado por ambas autoridades el 5 de junio de 2012, por el que otorgaron el permiso

- solicitado; y, además, AR1 suscribió el diverso B00.04.03.02.01.-4407 de la misma fecha por el que se aclaró, que en tanto no se resolviera el J1, no se permitiría la liberación en los municipios de Champotón, Hecelchakán, Hopelchén, Tenabo, Calkiní, Escárcega, Carmen y Palizada en el estado de Campeche; en los municipios de Othón Pompeyo Blanco, José María Morelos y Felipe Carrillo Puerto en el estado de Quintana Roo; y, en los municipios de Santa Elena, Ticul, Oxkutzcab, Tekax, Tzucacab, Peto y Tizimín en el estado de Yucatán.
53. En el escrito de queja presentado por Q2 y Q3, señalaron como autoridades responsables, entre otras, a los titulares de las Secretarías de Economía, Salud, Educación, Hacienda y Crédito Público y, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, ya que forman parte de la integración de la CIBIOGEM en términos del artículo 19, fracción I, (Coordinación y Participación) de la LBOGM; sin embargo, carecen de facultades para intervenir en forma directa o indirecta en la expedición de permisos de liberación de OGMs, por lo tanto, tampoco tienen el deber de consultar previamente a las comunidades indígenas involucradas, por lo que en el análisis del caso no se les considera autoridades responsables.
 54. En cambio, este Organismo Nacional corroboró que la SAGARPA, a través de AR1 y AR2, es la autoridad facultada para otorgar los permisos para liberación experimental al ambiente, liberación en programa piloto y liberación comercial al ambiente de OGMs, de conformidad con lo previsto en los artículos 12, fracción I y 13, fracción III, de la LBOGM y, para ello, previamente debe solicitar dictamen de bioseguridad de la SEMARNAT, en el que se exhiba el resultado del análisis y evaluación de riesgos, conforme lo dispone el artículo 15, fracción I, de la Ley en cita.
 55. De la lectura al artículo 33 de la LBOGM, se observa que una vez que sea presentada una solicitud de permiso de liberación al ambiente de OGMs, siempre y cuando cumpla con la información y los requisitos legales establecidos, la autoridad en este caso, SAGARPA deberá remitirla al Registro Nacional de Bioseguridad de los Organismos Genéticamente Modificados, para su inscripción y publicidad respectivas mismo que, en términos de lo dispuesto por el artículo 109 de la Ley en cita, está a cargo de la Secretaría Ejecutiva de la CIBIOGEM, a través de AR3, quien de conformidad con el diverso 108, fracción V, de la multicitada Ley, así como el numeral 54 del Reglamento de dicho ordenamiento, tiene la responsabilidad de establecer los mecanismos para *“la consulta y participación de los pueblos y comunidades indígenas asentadas en las zonas donde se pretenda la liberación de los OGMs”*.
 56. Una vez remitida la solicitud al Registro, la SAGARPA deberá ponerla a disposición del público, para una consulta pública. La intención de someter a consulta pública la solicitud de liberación al ambiente de OGMs, tiene por objeto que *“cualquier persona, incluyendo a los gobiernos de las entidades federativas en las que se pretenda realizar la liberación respectiva [emitan] su opinión, que deberá estar sustentada técnica y científicamente, en un plazo no mayor de veinte días hábiles contados a partir de la fecha en que la solicitud respectiva sea puesta a disposición del público”*, a efecto de que sea considerada por esa dependencia federal, *“para el establecimiento de medidas de bioseguridad adicionales, en caso de que proceda expedir el permiso de liberación de OGMs al ambiente...”*, según el artículo 33, de la LBOGM.
 57. Con base en los numerales referidos de la LBOGM, las autoridades obligadas a dar publicidad a las solicitudes de permisos para la liberación de OGMs formuladas por la Empresa 1, fueron la SAGARPA y la CIBIOGEM, a través de AR1, AR2 y AR3, respectivamente.
 58. No pasa inadvertido para este Organismo Constitucional, que de la información proporcionada por AR1 y AR2, se desprende que se cumplió el procedimiento de consulta pública previsto en el artículo 33, de la LBOGM, toda vez que cada una de las solicitudes formuladas por la Empresa 1, fueron publicadas en la página de *“Internet”* del SENASICA, sin embargo, dichas circunstancias no cumplen con los estándares internacionales del derecho humano, a la consulta libre, previa, informada y de buena fe, ya que ello implica diálogo, consenso, información, retroalimentación e inclusión de la población afectada. Al respecto la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el *“Caso Pueblo Indígena Kichwa de Sarayaku vs. Ecuador”*, en su sentencia del 27 de junio de 2012, estableció que: *“la consulta no debe agotarse en un mero trámite formal, sino que debe concebirse como “un verdadero instrumento de participación”, que debe responder al objetivo último de establecer un diálogo entre las partes basado en principios de confianza y respeto mutuos, y con miras a alcanzar un consenso entre las mismas.”* (Párrafo 186)

59. Al margen de lo anterior, se puntualiza que el tema que motiva esta Recomendación, no se circunscribe a la consulta pública realizada a la luz del artículo 33, de la LBOGM, sino a la omisión por parte de AR1, AR2 y AR3, de garantizar el respeto al derecho de los pueblos y comunidades indígenas a una consulta libre, previa e informada, para lo que se tuvo que haber tomado en cuenta, desde la primera de las etapas, la opinión de los pueblos y comunidades indígenas que pudieran verse afectados por las acciones que estaban por emprenderse, incluso, al estar conscientes de que en la zona se encuentra una población mayoritariamente indígena, apicultora y campesina; lo anterior de conformidad con el “Catálogo de Localidades Indígenas 2010”, publicado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (en adelante “CDI”), el cual contiene una base de datos para la identificación y cuantificación de la población indígena en México, derivada del Censo de Población y Vivienda de 2010.
60. Si bien es cierto, ya fueron ejecutadas dos etapas (liberación experimental al ambiente, así como la liberación al ambiente en programa piloto), es preciso señalar, que en éstas se prevén medidas de contención y están dirigidas a zonas más reducidas, a diferencia de la tercera (liberación comercial al ambiente), donde no se contempla la adopción de medidas de contención y se introducen los OMGs en un mayor número de hectáreas con fines comerciales y de producción, en el presente caso se pretende la siembra de soya genéticamente modificada en 253,500 (doscientas cincuenta y tres mil quinientas) hectáreas, procedimiento que se realiza de conformidad con el artículo 32 en relación al 3, fracción XXIII (Paso a Paso), y 9, fracción IX de la LBOGM; debiendo considerar lo establecido en el supracitado “Caso Pueblo Indígena Kichwa de Sarayaku vs. Ecuador”, en cuyo párrafo 167, la Corte Interamericana de Derechos Humanos asentó el criterio de que: *“el Estado debe garantizar estos derechos de consulta y participación en todas las fases de planeación y desarrollo de un proyecto que pueda afectar el territorio sobre el cual se asienta una comunidad indígena o tribal...”*
61. En relación con lo anterior, el Relator Especial de Pueblos Indígenas de la ONU, en sus observaciones, del 23 de febrero de 2015, sobre la consulta previa a la comunidad indígena zapoteca de Juchitán de Zaragoza, Oaxaca, relativa al proyecto “Eólica Sur”, declaró en el párrafo 8 que para evitar que la consulta se limite a la aceptación o rechazo de un proyecto ya definido en los términos propuestos por el Estado, *“se debería intentar asegurar que, dentro del proceso de consulta en curso, las partes indígenas tengan la oportunidad de reabrir cuestiones pertinentes que ya hayan sido decididas sobre las características del proyecto”*, y puedan establecer temas, fechas, alcances de la información, además de que se les puedan dar respuestas satisfactorias a sus dudas, necesidades y cuestionamientos.
62. El derecho a la consulta libre, previa, informada y de buena fe de los pueblos y comunidades indígenas, no es una medida opcional, sino un mandato del artículo 2º, Apartado B, fracción IX, (Derecho a la consulta), constitucional, que expresamente dispone que es deber de las autoridades *“consultar a los pueblos indígenas en la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo y de los estatales y municipales y, en su caso, incorporar las recomendaciones y propuestas que realicen.”* Es importante recordar, que en el 2001 este artículo fue reformado con el objeto de reivindicar *“los derechos de los pueblos originarios y ancestrales descendientes de los grupos anteriores a la conquista o colonización, tras aceptar que la situación jurídica de los pueblos indígenas aún era profundamente insatisfactoria, advirtiendo la necesidad de establecer principios rectores para fortalecer el reconocimiento a su libre determinación y autonomía, el acceso a las instancias de representación política, a los recursos materiales, a la defensa jurídica, a la educación, así como a la protección de derechos compatibles con sus usos y costumbres y, en general con su especificidad cultural”* (Amparo en revisión 246/2014, Juzgado Sexto de Distrito en el estado de Chiapas).
63. Tomando en consideración los principios *“pro persona”* y de interpretación conforme, así como la inclusión de los tratados internacionales dentro del bloque de constitucionalidad, en términos de los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 133, constitucionales, AR1, AR2 y AR3, debieron aplicar el “Convenio 169 Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes”, de la Organización Internacional del Trabajo del 27 de junio de 1989, adoptado por nuestro país el 5 de septiembre de 1991, en cuyos artículos 6, 7 y 15, se obligan los gobiernos a *“consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas, susceptibles de afectarles directamente”*, a *“establecer o mantener procedimientos con miras a con-*

- sultar a los pueblos interesados, a fin de determinar si los intereses de los pueblos serían perjudicados y en qué medida, antes de emprender o autorizar cualquier programa de prospección o explotación de los recursos existentes en sus tierras”, y que “las consultas [...] deberán efectuarse de buena fe y de una manera apropiada a las circunstancias, con la finalidad de llegar a un acuerdo o lograr el consentimiento acerca de las medidas propuestas” lo que en el presente caso no se consideró.
64. Aunado a lo anterior, AR1, AR2 y AR3 debieron atender al principio de transversalidad, invocado por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en el Amparo en Revisión 631/2012, resuelto el 8 de mayo de 2013, definiéndolo conforme a los postulados contenidos en los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos, que deben permear en favor de las comunidades indígenas, y “en todos los ámbitos del sistema jurídico, para crear un enfoque que al analizar el sistema de normas en su totalidad, cumpla con su objetivo, que no es otro que el ejercicio real de sus derechos y la expresión de su identidad individual y colectiva, para superar la desigualdad de oportunidades que tradicionalmente les ha afectado...” (páginas 63 y 64). La Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en el Amparo en Revisión 631/2012, al referirse a la diferencia entre consulta y consentimiento en el considerando octavo, determinó que: “sin perjuicio del hecho de que todo proceso de consulta debe perseguir el objetivo del consentimiento, en algunos casos, puede que su ausencia no impida a las autoridades decretar las acciones correspondientes, lo cual dependerá del nivel de impacto que tendrá [...] sobre la comunidad o grupo indígena, debiéndose ponderar los intereses sociales en juego, esto es, tanto de los afectados como de los beneficiados [...], quedando en aptitud las autoridades correspondientes a decretar, en la medida de sus facultades, las acciones necesarias para resarcir o aminorar las eventuales afectaciones...” (página 87). La misma Primera Sala confirmó, además, en el considerando cuarto, la sentencia recurrida del juez de distrito, quien decidió que la autoridad responsable debía restituir en el pleno goce de la garantía violada, conminándola a respetar el derecho de audiencia previa; que dicha autoridad por el supracitado Convenio 169 de la OIT, tiene el deber de “mandar llamar a los pueblos interesados por conducto de sus representantes legales, a los procedimientos que ante ellos se ventilen con la finalidad de consultarlos para determinar si los intereses de dichos pueblos se pueden ver afectados” (páginas 30 y 31).
65. Del Amparo en Revisión 631/2012, derivó la tesis aislada denominada: “COMUNIDADES Y PUEBLOS INDÍGENAS. TODAS LAS AUTORIDADES, EN EL ÁMBITO DE SUS ATRIBUCIONES, ESTÁN OBLIGADAS A CONSULTARLOS, ANTES DE ADOPTAR CUALQUIER ACCIÓN O MEDIDA SUSCEPTIBLE DE AFECTAR SUS DERECHOS E INTERESES”, en la que puntualizó lo siguiente: “La protección efectiva de los derechos fundamentales de los pueblos y las comunidades indígenas requiere garantizar el ejercicio de ciertos derechos humanos de índole procedimental, principalmente el de acceso a la información, el de la participación en la toma de decisiones y el de acceso a la justicia. En ese sentido, todas las autoridades, en el ámbito de sus atribuciones, están obligadas a consultarlos antes de adoptar cualquier acción o medida susceptible de afectar sus derechos e intereses, consulta que debe cumplir con los siguientes parámetros: a) debe ser previa; b) culturalmente adecuada a través de sus representantes o autoridades tradicionales; c) informada; y, d) de buena fe. En el entendido que el deber del Estado a la consulta no depende de la demostración de una afectación real a sus derechos, sino de la susceptibilidad de que puedan llegar a dañarse, pues precisamente uno de los objetos del procedimiento es determinar si los intereses de los pueblos indígenas serían perjudicados” (Registro 2004170). Y del Amparo en Revisión 781/2011, resuelto el 14 de marzo de 2012, derivó la tesis aislada “COMUNIDADES INDÍGENAS. LA OMISIÓN DE CREAR EL CONSEJO CONSULTIVO REGIONAL, QUE SE REFIERE EL DECRETO 409/96 I.P.O., PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE CHIHUAHUA EL 1º DE ENERO DE 1997, VIOLA LOS PRINCIPIOS DE LEGALIDAD Y LOS DE PARTICIPACIÓN Y CONSULTA RECONOCIDOS EN FAVOR DE AQUÉLLAS”. (Registro 2000733) Concluyéndose, pues, que AR1, AR2 y AR3 no cumplieron con el mandato constitucional y convencional, que constituye la piedra angular de los derechos de los pueblos indígenas.
66. La Suprema Corte de Justicia de la Nación en la sentencia del 2 de mayo de 2012, emitida en la Controversia Constitucional 32/2012, promovida por el Municipio de Cherán, Michoacán, definió que: “El municipio actor denuncia que se realizaron unos “foros de consulta”, en los que no se tuvo el cuidado de instaurar procedi-

- mientos adecuados con los representantes del municipio, que dichos foros fueron suspendidos y reanudados sin el quórum suficiente y sin cumplir con el objetivo auténtico de consultarles. El Poder Legislativo demandado no controvierte esas afirmaciones y orienta su defensa al contenido material de la reforma, sin embargo, dicha argumentación es inadecuada, pues lo que se analiza en juicio es el procedimiento previo, a través del cual se haya brindado al municipio indígena el derecho de consulta previa. Así, puesto que no consta en juicio que el Municipio de Cherán haya sido consultado previamente, de forma libre e informada mediante un procedimiento adecuado y de buena fe, a través de las instituciones que lo representan, es claro que el proceder del Poder Legislativo demandado violó su esfera de competencia y sus derechos, por lo que se impone declarar la invalidez de las normas impugnadas, sin que sea necesario ocuparse de los demás argumentos de las partes”. (Considerando séptimo)
67. Para estos efectos, resultan aplicables los estándares que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha desarrollado en relación a la consultas que pretendan aplicarse a los miembros de comunidades y pueblos indígenas, principalmente en el referido “Caso Pueblo Indígena Kichwa de Sarayaku vs. Ecuador”, siendo éstos: a) la consulta debe ser previa lo que implica que, el acercamiento deberá realizarse en las primeras etapas del plan o proyecto a realizar, pues el hecho de informar a las comunidades y pueblos indígenas de manera posterior va en contra de la esencia del derecho a la consulta; b) la consulta debe ser culturalmente adecuada, mediante procedimientos acordes, atendiendo a todas las especificidades de los pueblos y comunidades indígenas, como son sus costumbres, tradiciones y, sobre todo, instituciones representativas; c) la consulta debe ser informada, esto es, los procesos que sean implementados para dar a conocer los proyectos y medidas, exigen la provisión plena de información precisa sobre la naturaleza y alcances del proyecto, pues sólo a sabiendas de todas las consecuencias y riesgos de cualquier naturaleza, los integrantes de pueblos y comunidades indígenas, podrán evaluar la procedencia del plan propuesto; y, d) la consulta debe ser de buena fe, con el objeto de llegar a un acuerdo basado en la libertad, la confianza y respetos mutuos.
68. El Tribunal Interamericano en el “Caso del Pueblo Saramaka vs. Surinam”, en la sentencia de 28 de noviembre de 2007, párrafo 129, estableció que el procedimiento de consulta previa debe cumplir con tres garantías: la primera es “asegurar la participación efectiva de los miembros del pueblo [...], de conformidad con sus costumbres y tradiciones, en relación con todo plan [...] que se lleve a cabo dentro de su territorio”; la segunda: “garantizar que los miembros del pueblo [...] se beneficien razonablemente del plan que se lleve a cabo dentro de su territorio”, y tercera: el Estado debe garantizar que no se efectuará la acción pretendida dentro del territorio de los pueblos “hasta que entidades independientes y técnicamente capaces, bajo la supervisión del Estado, realicen un estudio previo de impacto social y ambiental”.
69. Al respecto, en la Recomendación 56/2012, de 28 de septiembre de 2012, esta Comisión Nacional estableció que “la consulta y participación indígena involucra, por un lado, el derecho de los diferentes pueblos y comunidades indígenas para que la autoridad correspondiente los haga partícipes y escuche sus puntos de vista en los casos que les competan (respetando a su vez sus tradiciones y costumbres) y, por otro lado, implica el deber estatal de otorgar las condiciones adecuadas para que tales pueblos y comunidades indígenas puedan participar efectiva, informada y libremente en el respectivo procedimiento administrativo, legislativo o de otra índole que pueda incidir en sus intereses o derechos”. (Párrafo 123) En ese contexto, la SAGARPA a través de AR1 y AR2; y, la CIBIOGEM mediante AR3, previo a la emisión de los permisos, debieron implementar un sistema de consulta previa en las comunidades indígenas de los estados de Campeche, Quintana Roo, Yucatán, Tamaulipas, San Luis Potosí, Veracruz, y Chiapas, conforme a los mandatos legales, constitucionales y convencionales, referidos a lo largo de esta Recomendación.
70. Para llevar a cabo la consulta previa, AR1, AR2 y AR3 pudieron haber solicitado el apoyo de la CDI, quien conforme a sus facultades legales, “tiene como objeto orientar, coordinar, promover, apoyar, fomentar, dar seguimiento y evaluar los programas, proyectos, estrategias y acciones públicas para el desarrollo integral y sustentable de los pueblos y comunidades indígenas de conformidad con el artículo 2o.” constitucional y artículo 2, fracciones I, II, III, IV de su Ley Orgánica. Lo anterior es relevante si se considera que en las comunidades indígenas afectadas (maya, huasteca, náhuatl, pame, tepehua, popoluca, totonaca, chol, mame, tzeltal y tzotzil), conforme al “Catálogo de Localidades Indígenas 2010”, publicado por la CDI, cuentan con

- una densidad poblacional importante, dedicadas, principalmente, a la apicultura, cuyas actividades van desde la producción hasta la comercialización y que, según lo expusieron en los diversos escritos de queja, han visto afectados sus intereses, por la liberación comercial al ambiente de soya genéticamente modificada.
71. Las autoridades responsables omitieron informar a las comunidades indígenas afectadas, el contenido de los dictámenes emitidos por: 1) la CONABIO; 2) la CONANP; 3) el INE; 4) la SEMARNAT; correspondientes a la liberación en etapa comercial. Al respecto, este Órgano Nacional considera que las autoridades responsables debieron informar a las comunidades indígenas involucradas las acciones que estaban por emprenderse, y tomar en cuenta sus peticiones e inquietudes, para considerar la pertinencia o no de expedir o autorizar cualquier tipo de permiso que implicara la liberación de OGMs. En el caso concreto, las entidades públicas mencionadas, hicieron alusión de importantes aspectos que debieron someterse a consideración de los pueblos indígenas involucrados como son: a) La CONABIO advirtió sobre el riesgo que implica la presencia de OGMs en la miel; b) La CONANP indicó que los cultivos se encuentran cerca de las reservas naturales, que el glifosato es soluble en agua y móvil en los sistemas acuáticos, lo que contaminaría los mantos acuíferos; c) El INE refirió que no se generó información sobre ciertos puntos, pues la presentada por la Empresa 1, no establece una relación directa entre los beneficios económicos por el uso del Producto 1 y la determinación de los efectos ambientales de dicha tecnología, por último, d) la SEMARNAT, que se pronunció a favor de la liberación al medio ambiente de soya genéticamente modificada para la Empresa 1.
72. De acuerdo al “Informe del Relator Especial [de la ONU] sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los pueblos indígenas” ante el Consejo de Derechos Humanos del 11 de agosto de 2008, la difusión de los dictámenes u opiniones referidas representa un elemento de fomento de la confianza que da lugar al consentimiento, puesto que: *“Los grupos indígenas interesados deben conocer esos estudios de impacto [ambiental y social] en la primeras etapas de las consultas, tener tiempo suficiente para entender las conclusiones de los estudios y poder presentar sus observaciones y recibir información acerca de cualquier preocupación que planteen”* (párrafo 53). El objetivo fundamental del procedimiento de consulta previa, es atender la susceptibilidad que permea a uno de los grupos más vulnerables en nuestro país y asegurar que con las medidas que el gobierno intente implementar, no se violenten sus intereses. Respecto del papel que tiene el consentimiento en la consulta previa a comunidades indígenas, el Relator Especial de la ONU, en sus *“Observaciones del 23 de febrero de 2015, sobre la consulta en el contexto del tema de la consulta previa a una comunidad zapoteca de Juchitán de Zaragoza, Oaxaca”*, informó que: *“presupone la participación de los sujetos de la consulta en un proceso de retroalimentación sobre diseño, implementación, mitigación de consecuencias, precauciones a tomar, compensaciones, beneficios y otros aspectos del proyecto, con el objetivo de asegurar el respeto de los derechos sustantivos de los pueblos indígenas afectados y de lograr un consenso sobre su viabilidad”* (página 3, párrafo 11). Asimismo en su Informe denominado *“Las industrias extractivas y los pueblos indígenas”* rendido el 1 de julio de 2013 ante el Consejo de Derechos Humanos, el Relator Especial de la ONU estableció que: *“El principio del consentimiento libre, previo e informado, al originarse en un marco de derechos humanos, no contempla el consentimiento como un simple sí a una decisión predeterminada, o como un medio de validar un acuerdo desfavorable para los pueblos indígenas afectados. Cuando se otorga no solo libremente y con conocimiento de causa, sino también en condiciones justas que protejan los derechos de los pueblos indígenas, el consentimiento cumple su función de salvaguardia de los derechos humanos”*. (Párrafo 30).
73. La violación al derecho a una consulta previa, libre e informada, se hizo del conocimiento a las autoridades involucradas durante la mesa de trabajo celebrada el 13 de junio de 2013, como se constata con el Acta Circunstanciada respectiva, en la que se aprecia la firma de personal de la SEMARNAT, de la SAGARPA, y del Secretario de Desarrollo Urbano y Medio Ambiente del Gobierno del Estado de Yucatán, quienes en esa reunión expresaron su voluntad de proponer una solución inmediata a la problemática planteada, sin que al momento de la elaboración del presente documento, se haya recibido propuesta alguna al respecto.
74. Esta Comisión Nacional corroboró que el Gobierno del Estado de Yucatán, solicitó a la SAGARPA en diversas ocasiones, mediante oficios VI/00483/2012, de 17 de abril de 2012; VI/01369/2012, de 6 de noviembre de 2012; VI/0023/2013, de 8 de enero de 2013 y, VI/00496/2013, de 29 de mayo de 2013, la suspensión de los

- permisos otorgados a la Empresa 1, la reposición del procedimiento mediante el cual se concedieron, y que las zonas afectadas en esa entidad federativa se declararan libres de transgénicos como se señala en el artículo 90 fracción III incisos A y B, sin que tales peticiones hayan sido atendidas, bajo el argumento de que, hasta ese momento, la SAGARPA no contaba con los instrumentos normativos a que se refiere la LBOGM en su artículo 90 fracciones I y III inciso c), y los acuerdos contemplados en la fracción II del mismo. No se puede soslayar, que de acuerdo a lo previsto en el artículo 1o. constitucional, *“todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos”* contemplados en la Constitución e instrumentos internacionales, razón por la que se considera, que AR1 debió conducirse, de conformidad con lo establecido por este precepto.
75. Este organismo protector de derechos humanos, cuenta con evidencia suscrita por la Secretaría de Desarrollo Urbano y Medio Ambiente del Estado de Yucatán, consistente en la *“Justificación Técnico-Científica para emitir opinión favorable a solicitudes de zonas libres de cultivos de organismos genéticamente modificados”*, de 2012, que permite corroborar que el permiso en etapa comercial, fue otorgado para cultivo en zonas ejidales y comunales que presentan población indígena maya, la cual no fue orientada respecto del tipo de producto que se emplea para el efecto; por lo tanto, se debió informar y consultar a los habitantes de las comunidades indígenas agraviadas, antes de autorizar la siembra de transgénicos en los territorios que habitan, circunstancia que trasgrede además el artículo 30 del referido Convenio 169 de la OIT, que dice: *“Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.”*
76. Esta Comisión Nacional, en la opinión técnica emitida por una Licenciada en antropología, destaca el hecho de que los pueblos indígenas no han tenido información completa, objetiva e independiente sobre las bondades y riesgos que tiene el uso de estas tecnologías, y los sectores de gobierno encargados de otorgar los permisos sólo presentan y reproducen los mismos argumentos que promueven las empresas propietarias de estas tecnologías, ignorando los dictámenes de otros sectores de gobierno encargados de salvaguardar el medio ambiente, los recursos naturales y el derecho de los pueblos indígenas a mantener y reproducir sus culturas.
77. Desde esa óptica, AR1, AR2 y AR3 omitieron llevar a cabo una consulta libre, previa e informada en beneficio de los pueblos indígenas de las comunidades ubicadas en diversos municipios de Campeche, Quintana Roo, Yucatán, Tamaulipas, San Luis Potosí, Veracruz y Chiapas, conforme lo dispone el artículo 2o. constitucional, Apartado B, fracción IX (Derecho a la consulta); 6 (Derecho a la consulta), 7 (Derecho al consentimiento y cooperación), 15 (Derecho a los recursos naturales), del Convenio 169 de la OIT; 18 (Derecho a participar en las decisiones), 19 y 32.2 (Consentimiento libre e informado), de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, adoptada el 13 de septiembre de 2007; así como 1.1, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos (*“Pacto de San José”*), en tanto prevén, en lo sustancial, que la consulta a los pueblos indígenas, debe realizarse a través de procedimientos apropiados, de buena fe, por conducto de sus instituciones representativas y, que los pueblos involucrados deben tener la oportunidad de participar libremente en todos los niveles en la formulación, implementación y evaluación de medidas y programas que les conciernen directamente.
78. Ante ese panorama, este Organismo Nacional concluye que existen evidencias suficientes para acreditar la violación al derecho humano de los pueblos indígenas a la consulta libre, previa e informada de los habitantes de las comunidades indígenas maya, pero también, huasteca, náhuatl, pame, tepehua, popoluca, totonaca, chol, mame, tzeltal, tzotzil, ubicadas, respectivamente, en los municipios de Champotón, Hecelchakán, Hopelchén, Tenabo, Calkiní, Escárcega, Carmen y Palizada en el estado de Campeche; en los municipios de Othón Pompeyo Blanco, José María Morelos y Felipe Carrillo Puerto en el estado de Quintana Roo; los municipios de Santa Elena, Ticul, Oxkutzcab, Tekax, Tzucacab, Peto y Tizimín en el estado de Yucatán; los municipios de Aldama, Altamira, El Mante, González, Xicoténcatl y Tampico en el estado de Tamaulipas; los municipios de Ébano, Tamuín y San Vicente Tancuayalab en el estado de San Luis Potosí; en el municipio de Pánuco en el es-

- tado de Veracruz; y, en los municipios de Acacoyagua, Acapetahua, Cacahoatán, Escuintla, Frontera Hidalgo, Huehuetán, Huixtla, Mazatán, Metapa, Suchiapa, Suchiate, Tapachula, Tuxtla Chico, Tuxtla Gutiérrez, Tuzantán, Villa Comaltitlán y Villaflores en el estado de Chiapas, lo que hace necesario que se establezcan medidas para salvaguardar ese derecho y cualquier otro que pudiera haberse afectado con el otorgamiento de los permisos referidos, en favor de la Empresa 1.
79. Para llevar a cabo la consulta previa, libre e informada, las autoridades deben tomar en consideración la protección de todos aquellos derechos humanos que a la par se puedan ver afectados, pues el Estado Mexicano ha suscrito y ratificado diversos instrumentos internacionales en la materia de medio ambiente, como el “Convenio sobre la Diversidad Biológica”¹ de las Naciones Unidas firmado en Río de Janeiro, Brasil, el 29 de diciembre de 1993; la “Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo”, adoptada entre el 3 y 14 de junio de 1992, el “Protocolo de Cartagena Sobre la Seguridad de la Biotecnología del Convenio sobre la Biodiversidad Biológica”, del 29 de enero de 2000, adoptado en Montreal, Canadá y vigente y vinculante para México desde el 11 de septiembre de 2003; y el “Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y Participación Justa y Equitativa en los Beneficios que se Deriven de su Utilización al Convenio sobre la Diversidad Biológica”, adoptado en Nagoya, Japón, el 29 de octubre de 2010.² Por su parte en México, debe atenderse lo prescrito en la LBOGM.
80. El 22 de julio de 2015, la SAGARPA mediante oficio número 110.03.-19176/15, suscrito por SP2, afirmó que durante el proceso de análisis de solicitudes de permiso de liberación al ambiente de OGMs, han tenido lugar diversos actos como evaluaciones de riesgo, inspección de campo respecto de las medidas de bioseguridad, entre otros actos; asimismo manifestó que con la finalidad de cumplir con la medida provisional decretada por el Juez Segundo de Distrito en materia civil en el Distrito Federal en el expediente 731/2013-P.C, la Secretaría Ejecutiva de CIBIOGEM, solicitó la opinión de la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal respecto a si “resulta procedente” la aprobación del proyecto de “*Protocolo Base para el diseño de Consulta a Pueblos y Comunidades Indígenas asentadas en las zonas donde se pretenda la liberación de Organismos Genéticamente Modificados (OGMs)*”.
81. Respecto al proceso de análisis de solicitudes de permiso, es preciso señalar, que no obstante la ejecución de tales actos, esta Comisión Nacional recuerda, que los datos obtenidos de dichas actividades deben hacerse de conocimiento de las comunidades indígenas involucradas, mediante el proceso de consulta previa, libre e informada. Es decir, no basta con que la SAGARPA haya llevado a cabo estas actuaciones, es necesario que el resultado de las mismas se haga de conocimiento en tiempo y forma de la parte interesada.
82. Por otro lado, este Organismo Constitucional, ve adecuado que se tenga en revisión el proyecto de “*Protocolo Base para el diseño de Consulta a Pueblos y Comunidades Indígenas asentadas en las zonas donde se pretenda la liberación de Organismos Genéticamente Modificados (OGMs)*”, el cual de ser aprobado, deberá ser guía para las autoridades competentes y responsables de tomar decisiones susceptibles de trastocar los derechos de los pueblos y comunidades indígenas. Sin embargo, en el presente caso, AR1 y AR2, servidores

¹ Artículo 8 “*Conservación in situ*”, inciso j): “Cada Parte Contratante, en la medida de lo posible y según proceda: [...] Con arreglo a su legislación nacional, respetará, preservará y mantendrá los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de las comunidades indígenas y locales que entrañen estilos tradicionales de vida pertinentes para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica y promoverá su aplicación más amplia, con la aprobación y la participación de quienes posean esos conocimientos, innovaciones y prácticas, y fomentará que los beneficios derivados de la utilización de esos conocimientos, innovaciones y prácticas se compartan equitativamente...”; artículo 10 “*Utilización sostenible de los componentes de la diversidad Biológica*”, inciso c): “Cada Parte Contratante, en la medida de lo posible y según proceda: [...] c) Protegerá y alentará, la utilización consuetudinaria de los recursos biológicos, de conformidad con las prácticas culturales tradicionales que sean compatibles con las exigencias de la conservación o de la utilización sostenible...”

² Artículo 12 “*Conocimientos tradicionales asociados a recursos genéticos*”: “1. En el cumplimiento de sus obligaciones en virtud del presente Protocolo, las Partes, conforme a las leyes nacionales, tomarán en consideración las leyes consuetudinarias, protocolos y procedimientos comunitarios, según proceda, con respecto a los conocimientos tradicionales asociados a recursos genéticos. 2. Las Partes, con la participación efectiva de las comunidades indígenas y locales pertinentes, establecerán mecanismos para informar a los posibles usuarios de conocimientos tradicionales asociados a recursos genéticos acerca de sus obligaciones, incluidas las medidas que se den a conocer a través del Centro de Intercambio de Información sobre Acceso y Participación en los Beneficios para el acceso a dichos conocimientos y la participación justa y equitativa en los beneficios que se deriven de estos...”

públicos adscritos a la SAGARPA, son responsables, toda vez que como autoridades facultadas para expedir el permiso de liberación que afectaría al territorio indígena, tienen la obligación constitucional y convencional de consultarles.

Para dar cumplimiento a los puntos recomendatorios incluidos en el apartado V de esta Recomendación, se debe observar lo siguiente:

83. Como Titular de la SAGARPA, para satisfacer lo señalado en el punto primero, deberá considerarse que, de acuerdo con el “Catálogo de Localidades Indígenas 2010”, publicado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, y advirtiendo la presencia de población indígena en los municipios multicitados, es menester efectuar en las comunidades y pueblos indígenas una consulta previa, libre, informada, de buena fe y culturalmente adecuada, es decir, cumpliendo de manera fehaciente con cada una de las etapas, señalando de manera enunciativa, mas no limitativa las de: negociaciones previas, acuerdos previos, etapa informativa, etapa deliberativa y reunión de consulta; lo anterior en congruencia con el derecho interno, así como los estándares internacionales que existen sobre la materia. Esto, deberá ser atendido durante el procedimiento del trámite y resolución del permiso o autorización con las comunidades indígenas, específicamente el que refiere a la etapa comercial, otorgado el 5 de junio de 2012.
84. En cuanto al segundo punto recomendatorio, para la revisión del procedimiento mediante el cual se otorgó el citado permiso, deberá realizarse teniendo presente que la liberación al ambiente de soya genéticamente modificada, es un acto susceptible de afectar los intereses de los pueblos y comunidades indígenas involucrados, cuya autorización fue otorgada faltando a la obligación de respetar el derecho a la consulta libre, previa e informada, y sin observar lo previsto por los artículos 108 de la LBOGM, y 54 de su Reglamento, como ya se hizo mención a lo largo de esta Recomendación, asimismo se incumplió con el principio de bioseguridad establecido en el artículo 9 fracción XVII de dicha Ley, mismo que dicta que el: *“Estado Mexicano cooperará en la esfera del intercambio de información e investigación sobre los efectos socioeconómicos de los OGMs, especialmente en las comunidades indígenas y locales...”*.
85. El programa integral de educación, formación y capacitación a que hace referencia el punto recomendatorio tercero, deberá de proporcionarse a los servidores públicos de la SAGARPA. Su contenido deberá concientizar a los funcionarios involucrados en la emisión de estos permisos, sobre la importancia de respetar el carácter previo de la consulta indígena, de tal forma que se establezcan los mecanismos necesarios para determinar en tiempo y forma, la existencia de pueblos y comunidades indígenas en los sitios donde tendrán lugar los proyectos, con la finalidad de garantizar el ejercicio de este derecho, y combatir los hechos que dieron origen a la presente Recomendación. Además del carácter previo de la consulta, en dicho programa deberá instruirse sobre la pertinencia cultural, la necesidad de proporcionar información adecuada y suficiente, que sea de buena fe y con el objeto de llegar a un acuerdo. Estos cursos deberán ser impartidos por personal capacitado y con suficiente experiencia en derechos de los pueblos indígenas, y podrán ser impartidos de manera presencial o en línea, vía *“Internet”*.
86. En relación al primer punto recomendatorio como Presidente de la Comisión Intersecretarial de Bioseguridad de los Organismos Genéticamente Modificados, este se debe cumplimentar en términos de lo establecido en el párrafo 79, respecto de la autorización concedida para la etapa comercial, lo que significa, que deberán establecerse los mecanismos y medios necesarios para realizar el procedimiento de consulta previa.
87. En lo que toca al punto recomendatorio segundo, la realización del procedimiento de consulta indígena, deberá contar con la participación de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, para que en términos de los artículos 1, 2 y 3 de su Ley, se asegure el *“desarrollo integral y sustentable de los pueblos y comunidades indígenas de conformidad con el artículo 2º”* constitucional, a través de la coadyuvancia, investigación, asesoría y los lineamientos que ese organismo descentralizado tenga a bien disponer para estos efectos.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

A usted Secretario de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación:

PRIMERA. Instruya a quien corresponda para que se realicen las gestiones necesarias a efecto de que durante el trámite y resolución del permiso o autorización para la etapa comercial, otorgada el 5 de junio de 2012, previsto por la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados, susceptible de afectar los intereses o derechos de los pueblos y comunidades indígenas analizados o vinculados con los hechos de la presente Recomendación, se efectúe la consulta libre, previa, informada y de buena fe, a los interesados, para cumplir con lo dispuesto por el derecho interno, como por los instrumentos internacionales citados en esta Recomendación, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Se sirva girar las instrucciones correspondientes a efecto de que se analice la autorización y se valore llevar a cabo las medidas pertinentes para evitar que se afecte el derecho a la consulta libre, previa e informada de las comunidades indígenas establecidas en los municipios agraviados.

TERCERA. Giren sus instrucciones a quien corresponda, a fin de que se adopten las medidas necesarias para que se diseñe e imparta a los servidores públicos de esa Secretaría, un programa integral de educación, formación y capacitación en materia de derechos humanos, específicamente sobre la consulta previa, libre, informada y de buena fe de los pueblos y comunidades indígenas, con el objeto de evitar que continúen emitiéndose esta clase de permisos o autorizaciones sin que medien los procedimientos de consulta y participación, enviando a esta Comisión Nacional, las constancias con las que acrediten su cumplimiento.

A usted Presidente de la Comisión Intersecretarial de Bioseguridad de los Organismos Genéticamente Modificados:

PRIMERA. Con el propósito de que se haga efectivo el derecho a la consulta libre, previa, informada y de buena fe, y se garantice la sustentabilidad ambiental, social y económica de estos pueblos, establezca mecanismos y medios adecuados para realizar la consulta y participación de los pueblos y comunidades indígenas asentados en las zonas donde se pretenda liberar organismos genéticamente modificados, con base en los parámetros aquí expuestos, en el ámbito constitucional y convencional y, además, en atención a lo dispuesto en los artículos 108, de la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados, y 54 de su Reglamento, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Dar vista a la Titular de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, en términos de los artículos 1, 2, y 3, de la Ley de ese organismo descentralizado federal, para que conforme a sus atribuciones, colabore con las comunidades indígenas, a fin de garantizar su participación durante el procedimiento de consulta previa, observando, en su caso, el protocolo que sea aprobado para la implementación de consultas a pueblos y comunidades indígenas de conformidad con estándares del Convenio 169 de la OIT ya referido.

88. 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, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1o., párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

89. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, le solicito que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguiente a su notificación.
90. Con el mismo fundamento jurídico, le solicito que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro 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.
91. 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, y 15, fracción X y 46, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o, en sus recesos, a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia, para que justifique el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE
LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ

Sobre el caso de violencia obstétrica e inadecuada atención médica de V1 y la pérdida del producto de la gestación, V2, en el Hospital General de Zona No. 32 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Distrito Federal

Síntesis

1. El 8 de diciembre de 2013 (sin que se precise la hora) V1, mujer de 36 años de edad, fue valorada en el servicio de admisión del Hospital General de Zona No. 32 "Doctor Mario Madrazo Navarro" del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el Distrito Federal, debido a que presentaba dolor abdominal y le diagnosticaron gastritis, sin embargo, ante la persistencia de la sintomatología, es decir, que continuaba con el dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio de doce horas de evolución, acudió nuevamente a valoración a la Unidad de Tocoquirúrgica del referido hospital el 9 de diciembre de 2013 a las 10:00 horas, donde permaneció hospitalizada, al encontrarse estable, causó alta el 10 del mismo mes y año.
2. El 11 de diciembre de 2013, V1 acudió de nueva cuenta al referido hospital, donde fue valorada por AR3 y MR1 (médico residente de primer grado) quienes hicieron constar en la nota médica que V1 presentaba embarazo de 20.4 semanas de gestación, con gastroenteritis, dolor abdominal, náuseas, vómitos, evacuaciones diarreicas, fiebre no cuantificada, sin tolerar la vía oral, por ello, indicaron la hospitalización de V1 para hidratarla con protectores gástricos y realizar exámenes de laboratorio completos.
3. El 16 de diciembre de 2013, AR10 le practicó a V1 intervención quirúrgica de apendicectomía abierta, donde encontró "líquido purulento diseminado en cavidad abdominal...", precisó compromiso de vida binomio madre-hijo que ameritaba urgente traslado a tercer nivel. Desde su ingreso, los médicos que atendieron a V1 establecieron diagnóstico reservado a evolución.
4. El 30 de diciembre de 2013, V1 presentó dolor hipogástrico, contracciones uterinas y modificaciones cervicales, por lo que AR21 médico ginecólogo ordenó su pase a la Unidad de Tocoquirúrgica, donde a las 08:11 horas se obtuvo a V2 (producto masculino óbito), de quien se señaló en el certificado de muerte fetal como causas de su deceso: *inmadurez extrema*.
5. El 2 de enero de 2014, Q1 presentó queja vía telefónica en este Organismo Nacional, donde se radicó el expediente CNDH/1/2014/795/Q, y a fin de documentar las violaciones a derechos humanos se solicitó los informes y expediente clínico que remitió el Jefe de Ginecología y Obstetricia del Hospital General

de Zona No. 32 del IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

Observaciones

6. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/1/2014/795/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, al derecho a vivir una vida libre de violencia (obstétrica) y al trato digno de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, atribuibles a personal médico adscrito al Hospital General de Zona No. 32 "Doctor Mario Madrazo Navarro" del IMSS en el Distrito Federal, consistente en inadecuada atención médica, en razón a las siguientes consideraciones:

A. Inadecuada atención médica. Violación a la protección de la salud

7. El 11 de diciembre de 2013, aproximadamente a las 19:35 horas, V1 ingresó a la Unidad de Tocoquirúrgica del Hospital General de Zona No. 32, con antecedentes de amenaza de aborto, diabetes mellitus gestacional, infección urinaria y cervicovaginal; fue atendida por AR3 y MR1 como se advierte de la nota de ingreso en la que asentaron: "segundo embarazo de 20.4 semanas de gestación, con gastroenteritis, dolor abdominal, náuseas, vómitos, evacuaciones diarreicas, fiebre no cuantificada, sin tolerar la vía oral, con motivaciones fetales presentes (dinámica fetal), útero crecido de 20 centímetros con producto único vivo", por lo que AR3 indicó la hospitalización de V1 para hidratarla con protectores gástricos, toma de exámenes de laboratorio completos (biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos), no prescribió antibióticos hasta contar con dichos resultados y estableció pronóstico reservado a evolución.
8. A las 03:20 horas del 12 de diciembre de 2013, a pesar de que AR1 reportó a V1 con náuseas, vómito gastrobiliar, dolor epi-

gástrico, marco cólico, sólo indicó que le suministraran un antiemético y solicitó ultrasonido de hígado y vías biliares por la mañana; asimismo, estableció pronóstico reservado a evolución. A las 07:30 horas del 12 del mismo mes y año, AR4 y MR2 reportaron a V1 “con abdomen doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior y elimina proteínas por la orina”. En la misma fecha, aproximadamente a las 14:30 horas, V1 fue valorada por AR2 y MR2, quienes asentaron en la nota médica los antecedentes descritos, además “con una probable infección urinaria, aún con dolor cólico en hipogastrio, sin actividad uterina, ni pérdidas transvaginales, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso por crecimiento uterino con fondo de 20 centímetros, frecuencia cardíaca fetal de 170 lpm, sonda Foley drenando 150 cc de orina concentrada; la revisó endocrinología por presentar hiperglicemia de 132 mg/dl, cetonas y glucosa por orina”. El 13 de diciembre de 2013, AR5 asentó en la nota de evolución matutina que encontró a V1 “con frecuencia cardíaca de 90 lpm, náuseas, vómito persistente, intolerancia a la vía oral y distensión abdominal”; realizó bililabstix (prueba rápida en la que una tira reacciona en la orina) que resultó positiva para leucocitos, cetonas y proteínas; descartó diabetes gestacional.

9. A las 07:30 horas del 14 de diciembre de 2013, AR4 y MR2 señalaron que V1 además de los antecedentes reseñados, “presentaba distensión abdominal, náuseas, gases, sin tolerar la vía oral, frecuencia cardíaca fetal de 170 lpm (normal hasta 150 por minuto)”. A las 12:50 horas del 14 de diciembre de 2013, AR6 reportó a V1 “con embarazo de 20.4 semanas de gestación, gastroenteritis, infección de vías urinarias, desequilibrio electrolítico, pielonefritis derecha (puntos ureterales positivos indicativos de infección urinaria), drenando orina turbia concentrada, examen general de orina patológico”. En la nota médica generada a las 13:35 horas del 15 de diciembre de 2013, AR7 asentó que V1 presentaba “mayor dolor en fosa iliaca derecha [...] dolor localizado en flanco derecho y fosa iliaca derecha con rebote dudoso [...] neutrofilia de 86, leucocitos de 7200 [...] descartar apendicitis modificada por antibióticos y analgésicos”.
10. En la nota de cirugía general realizada a las 17:50 horas del 15 de diciembre de 2013, AR8 señaló que V1 presentaba “dolor abdominal, cólico de cuatro días de evolución de inicio en epigastrio, acompañado de distensión abdominal, náuseas y vómito, subhidratada, con infección de vías urinarias, sin poder interpretar el ultrasonido por no ser valorable debido a la distensión de asas y sin líquido libre o datos de irritación peritoneal francos que justificaran operar a la paciente”. El 16 de diciembre de 2013, a las 07:30 horas, V1 fue valorada por AR9 médico de base ginecobstetricia y MR2, quienes la reportaron con abdomen globoso, distendido y rebote dudoso, precisando que “se podría tratar de un proceso apendicular por lo que se retiran analgésico y antibiótico, se encuentra en ayuno, se le realizó ultrasonido abdominal, el cual no es valorable, zona apendicular por distensión abdominal y útero a expensas de producto único vivo intrauterino”. El mismo día a las 07:40 horas, SP2 realizó a V1 ultrasonido obstétrico paraclínico que mostró “embarazo con producto único vivo de 20.3 semanas de gestación, con fecha probable de parto el 02 de mayo de 2014, frecuencia cardíaca rítmica de 136 lpm, placenta normoinsera, líquido amniótico normal”.
11. Derivado de la inadecuada atención de la paciente por parte de los médicos tratantes, a las 08:00 horas del 16 de diciembre de 2013, AR10 médico de base de cirugía general, reportó a V1 con datos de irritación (inflamación) peritoneal y rebote positivo, es decir, datos francos de abdomen agudo, por lo que ordenó su pase a quirófano. Este mismo día, previa firma de carta de consentimiento bajo información, se realizó a V1 una laparotomía exploradora en la que AR10 encontró lo siguiente: “apertura de peritoneo con salida de líquido purulento abundante, se toma cultivo y se envía a laboratorio, se identifica epiplón acartonado con natas de fibrina, múltiples natas de fibrina en asas de intestino delgado, útero cubierto por natas de fibrina [...] apéndice cecal hiperémica, abscedada, con perforación en el tercio inferior de 1 cm de diámetro hasta la base del ciego, se realiza ligadura y corte [...] se realiza lavado de cavidad con 3 litros de solución inyectable, se corrobora hemostasia... colocación de penrose abocado a hueco pélvico [...] alto riesgo de formación de absceso residual, dehiscencia del muñón, compromiso de vida del binomio madre-hijo, amerita urgentemente manejo en tercer nivel de atención”.
12. En la hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, así como en las notas médicas de 16 de diciembre de 2013, AR10 y AR11 señalaron el traslado de V1 a una unidad médica de alta especialidad (tercer nivel de atención) y se constató la llamada telefónica que realizó AR12 con el hospital de Ginecobstetricia Núm. 4 con resultado negativo, además AR10 y AR13 asentaron en las notas de cirugía general del 17 del mismo mes y año, la comunicación telefónica con el hospital de especialidades [Siglo XXI], donde les negaron el traslado de V1 por no contar con espacio físico.
13. En la nota agregada de las 16:11 horas de 17 de diciembre de 2013, suscritas por AR14, AR15 y MR4, registraron que V1 evolucionó satisfactoriamente, sin compromiso obstétrico, por tanto, decidieron se quedara a cargo de servicio de cirugía como servicio tratante y de ginecología y obstetricia como interconsultante e ingresó en la misma fecha a piso en cirugía general. En la nota de ginecología de las 11:45 horas de 18 de diciembre de 2013, AR11 y MR4 calificaron a V1 con riesgo obstétrico de 12 puntos (alto) por cirugía pélvica, apendicitis perforada y edad materna, asentaron que una vez que mejoraran sus condiciones, era candidata a tercer nivel de atención.
14. A las 14:30 horas del 19 de diciembre de 2013, AR12 y MR4 reportaron a V1 con esquema profiláctico de uteroinhibición completo “sin urgencia obstétrica”, solicitaron ultrasonido de control al día siguiente e indicaron mantener adecuada hidratación, requerimiento calórico, y establecieron pronóstico reservado a evolución. A las 09:00 horas del 20 de diciembre de 2013, AR16 y MR4 señalaron en la nota médica, que el ultrasonido

- de V1 mostró un producto único, vivo, con actividad cardíaca y somática presente de 21.2 semanas de gestación, con peso estimado de 427.92 gramos (*sic*), líquido amniótico normal en cantidad, placenta corporal anterior grado 1, sin datos de urgencia obstétrica.
15. A las 15:00 horas del 21 de diciembre de 2013, AR17 y MR3 reportaron a V1 con signos vitales estables, afebril, herida quirúrgica con salida de material turbio que ameritó retiro de puntos, abundante material purulento, realizaron curación y solicitaron ultrasonido abdominal para descartar colecciones abdominales, pero AR17 omitió solicitar laboratoriales de control, lavado quirúrgico urgente con toma de muestra para cultivos y ajuste antimicrobiano, obligados en la paciente con embarazo de alto riesgo y con salida de material purulento por herida quirúrgica, por lo que desestimó esta grave complicación, además a que no indicó el traslado urgente de la paciente a otro nivel de atención.
 16. El 23 de diciembre de 2013, AR10 realizó a V1 lavado de cavidad abdominal y cierre de pared, encontró aponeurosis (membrana fibrosa, resistente que recubre los músculos) debilitada, despulida, colección de 10 ml en corredera parietocólica derecha, omitió tomar muestras para cultivo y ajuste antimicrobiano y solicitar el resultado de las muestras recabadas el 16 de diciembre de 2013 durante la apendicectomía o indicar su traslado urgente a otro hospital mejor equipado y con más recursos. A las 11:59 horas del 24 de diciembre de 2013, SP4 realizó a V1 ultrasonido obstétrico, el cual mostró un producto único vivo, de 21.3 semanas de gestación, con placenta normoinserta grado 1 de madurez, líquido amniótico normal, y frecuencia cardíaca fetal de 158 lpm, es decir, estable y en condiciones de su traslado. Los médicos tratantes del servicio de cirugía y ginecobstetricia que valoraron a la paciente, omitieron establecer diagnóstico de embarazo de alto riesgo (21.3 semanas de gestación, edad materna, apendicitis perforada, abundante pus en cavidad abdominal, postoperada de lavado de cavidad abdominal y cierre de pares), que ameritaba su traslado a un hospital mejor equipado y con más recursos, sin que exista constancia de que se haya realizado esa gestión.
 17. A las 07:00 horas del 26 de diciembre de 2013, AR18 encontró la herida quirúrgica de V1 con abundante exudado purulento (pus) por los drenajes (penrose- facilita la salida de líquido de la herida); a las 07:30 horas del mismo día, AR13, médico de ginecología, la reportó con drenaje turbio hematurulento. A las 07:00 horas del 27 de diciembre de 2013, AR19 y MR3 asentaron en la hoja de evolución de cirugía general drenaje con gasto purulento. A las 20:00 horas del 28 de diciembre de 2013, AR20 y MR3 registraron a V1 con pico febril de 38°C y penrose con gasto purulento. En la misma fecha, AR7 señaló que el ultrasonido practicado a V1 mostró frecuencia cardíaca fetal normal de 153 lpm, líquido amniótico en cantidad y calidad normales, sin datos de infección intramniótica.
 18. De las evidencias descritas y de la opinión médica emitida por expertos de este Organismo Nacional, se observa que derivado del inadecuado manejo de los médicos tratantes que intervinieron a V1 del 11 al 16 de diciembre de 2013, omitieron establecer diagnóstico de embarazo de alto riesgo, consistente en: edad materna 36 años de edad, cervicovaginitis e infección urinaria, embarazo de 20.4 semanas de gestación, gastroenteritis, dolor abdominal, náuseas, vómitos, evacuaciones diarreas, fiebre no cuantificada, intolerancia a la vía oral, que fue determinada desde el 09 de diciembre de 2013, y por tanto, inobservaron el punto 4.3 de la NOM-007-SSA2-1993, relativa a la "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimiento para la prestación del servicio", que define el embarazo de alto riesgo como "aquél en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto".
 19. De igual manera, los referidos médicos omitieron realizar una semiología (signos y síntomas de las enfermedades por sistemas) del dolor abdominal que presentó V1 con 24 horas de evolución, explorar físicamente a la paciente para buscar datos de irritación peritoneal (hipersensibilidad en cuadrante inferior derecho), rigidez muscular involuntaria, además de no realizar los exámenes de laboratorio urgentes, desestimando el cuadro clínico que exteriorizó V1 reseñados en las notas médicas (náuseas, vómito, subhidratada, evacuaciones diarreas, fiebre no cuantificada), que les hubiera permitido diagnosticar de manera oportuna la apendicitis aguda que padeció V1 desde su ingreso al hospital, esto es, el 11 de diciembre de 2013, de acuerdo a lo que señala la Guía de Referencia Rápida, Diagnóstico de Apendicitis Aguda del Gobierno Federal, cuya finalidad es orientar a los médicos en la toma de decisiones clínicas basadas en la mejor evidencia, sobre todo que la apendicitis aguda es el padecimiento quirúrgico no obstétrico más común durante el embarazo y el retardo en su diagnóstico favorece la perforación apendicular.
 20. Los citados galenos no realizaron la intervención quirúrgica urgente que ameritaba V1 para atender la apendicitis aguda que presentó, lo que contribuyó a la evolución de la enfermedad, en cinco días al absceso y finalmente a la perforación apendicular (peritonitis), incumpliendo lo dispuesto en la fracción III del artículo 27 de la Ley General de Salud, relacionado con el diverso 72 de su Reglamento en Materia de prestación de Servicios de Atención Médica publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de noviembre de 2006, que señala: "Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata".
 21. Derivado del inadecuada atención médica, los médicos tratantes AR18, AR19 y AR20 omitieron establecer embarazo de alto riesgo de V1, no solicitaron el resultado de las muestras tomadas el 16 de diciembre de 2013 a V1 durante la apendicectomía para cultivo y referirlas de inmediato a un hospital mejor equipado y con más recursos; AR17 reportó la herida de la

paciente con salida de material purulento, a pesar de lo cual no requirió lavado quirúrgico urgente ni solicitó los laboratoriales de control; AR10 realizó el lavado de cavidad abdominal, pero no pidió tomar muestras para cultivo y el resultado de las muestras recabadas el 16 de diciembre de 2013 a V1. Por lo tanto, incumplieron los puntos 4.3, 5.1.1, 5.1.3 y 5.1.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, relativa a la "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimiento para la prestación del servicio", vulneró el derecho a la protección a la salud de V1.

B. Afectación y pérdida del producto de la gestación

22. A las 00:34 horas del 30 de diciembre de 2013, AR21 reportó a V1 con manchado genital rosado, como se advierte de la nota de ginecología de interconsulta del turno nocturno. Aproximadamente a las 05:00 horas del mismo día, el referido galeno precisó que la paciente presentó dolor cólico hipogástrico, contracciones uterinas y modificaciones cervicales que obligaron su pase a la Unidad Tocoquirúrgica, donde ingresó a las 08:00 horas para la atención de "trabajo de aborto". Previo consentimiento informado y en base a la hoja de intervención quirúrgica que se generó el 30 de diciembre de 2013, AR11 indicó que a las 08:11 horas se obtuvo a V2, masculino, de 20 semanas de gestación, con peso de 450 gramos y se revisó la cavidad uterina (curetaje o legrado, se usan para eliminar tejido del útero mediante raspado) de V1, sin incidentes con sangrado aproximado de 100cc.
23. En el certificado de muerte fetal de V2 se señaló como causa de fallecimiento: *inmadurez extrema*, sin embargo, los expertos de esta Comisión Nacional señalaron que si bien el producto de la gestación con 20 semanas, se considera inmadurez extrema incompatible con la vida, precisamente por esa condición clínica, los médicos tratantes debieron extremar precauciones, lo cual omitieron al no diagnosticar oportunamente la apendicitis aguda que padeció V1, lo que permitió la evolución de la enfermedad, consistente en que se abscedara y perforara el apéndice, puesto que se coleccionó abundante líquido purulento que cubrió epiplón, intestino delgado y útero, lo cual favoreció la pérdida del producto de la gestación, toda vez que como lo describe la literatura médica universal vigente que "el riesgo de pérdida fetal aumenta en caso de perforación hasta en un 36%, cuando hay peritonitis o absceso peritoneal", además, no determinaron el embarazo de alto riesgo de V1 a pesar de contar con criterio para ello.
24. A las 07:00 horas del 31 de diciembre de 2013, AR17 y MR5 precisaron que los resultados del cultivo de la herida quirúrgica recabados el 16 del mismo mes y año (15 días después), fueron positivos para *Klebsiella pneumoniae* blee (germen nosocomial oportunista), sensible a carbapenems (antibiótico betalactámico con amplio aspecto de actividad bactericida), amikacina (antibiótico bactericida del grupo de los aminoglucósidos), tigeciclina (fármaco) y resistente a cefalosporinas (antibiótico) y quinolonas (agentes con actividad antimicrobiana), que favoreció la resistencia bacteriana, debido a que inadecuadamente a V1 se le suministraron del 17 a 28 de diciembre de 2013 clindamicina y ceftriaxona, esta última perteneciente a las cefalosporinas, que es resistente a la infección, como consta en las hojas de enfermería.
25. El 3 de enero de 2014, al reportarse V1 con adecuada evolución clínica, se egresó a su domicilio con indicaciones y cita abierta. De las evidencias reseñadas y de la opinión médica de los expertos de esta Comisión Nacional, se advierte que a pesar de que V1 presentó embarazo de alto riesgo, posquirúrgico de apendicitis perforada con líquido purulento, natas de fibrina cubriendo epiplón, intestino delgado y útero, los médicos tratantes que tuvieron a su cargo al binomio materno-fetal en el posquirúrgico inmediato y mediato, omitieron brindarle una adecuada atención, toda vez que no realizaron su traslado al tercer nivel de atención, aun cuando señalaron que V1 requería urgentemente esa atención médica especializada, como se advierte de la hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, suscrita por AR10; de la nota de ingreso a recuperación de UTQ de las 14:00 horas, firmada por AR11; de la solicitud de referencia (traslado) al Hospital de Ginecobstetricia Núm. 4, realizada por AR12, todas del 16 de enero de 2013; de las notas médicas de 17 del mismo mes y año, elaboradas por AR10, AR13, AR14 y AR15, e incluso el registro de la llamada telefónica con el Centro Médico Nacional [Siglo XXI] del Hospital de Especialidades, donde les negaron el traslado por falta de espacio físico, pero no insistieron en la transferencia de la paciente al Centro Nacional "La Raza" o al Hospital de Ginecobstetricia Núm. 4, ambos del IMSS, a pesar de que AR11 el 18 del mismo mes y año, calificó a V1 con riesgo obstétrico alto y estable.
26. Asimismo, AR12, AR16 y AR17, no consideraron el traslado de V1 a un hospital mejor equipado y con más recursos, como se desprende de la nota de evolución vespertina de las 14:30 horas del 19; de la nota médica de las 09:00 horas del 20; de la nota de evolución de cirugía de las 15:00 horas del 21, todos de diciembre de 2013. Lo anterior con la finalidad de que V1 recibiera una valoración especializada y brindarle un mejor pronóstico de sobrevivencia a V2; por tanto, los médicos tratantes incumplieron lo dispuesto en la fracción III del artículo 4 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, que establece que el tercer nivel de atención lo constituyen las unidades médicas de alta especialidad que cuentan con la capacidad tecnológica y máxima resolución terapéutica por la complejidad del padecimiento, así como los puntos 5.1.1, 5.1.5 y 5.1.7 de la NOM-007-SSA2-1993, relativa a la "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimiento para la prestación del servicio"; al margen de que los médicos tratantes del servicio de cirugía y ginecobstetricia que valoraron a V1 omitieron establecer el

diagnóstico de embarazo de alto riesgo a pesar de contar criterio para ello.

27. De las evidencias analizadas, se acreditó la responsabilidad institucional del Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro” del IMSS, toda vez que no garantizó el derecho a la protección a la salud de V1, al no proporcionarle la atención que requería en un hospital de tercer nivel, con motivo de la gravedad y complejidad del padecimiento que presentó, de conformidad a lo establecido en el artículo 70, fracción II y 73 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios Médicos del IMSS, por lo tanto, se incumplió con lo dispuesto en el artículo 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios Médicos del IMSS que señala: “Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo”, relacionado con el párrafo segundo del artículo 5 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, que establece: “El Instituto otorgará atención médica de urgencia al derechohabiente en cualquiera de sus unidades médicas que cuenten con ese servicio, independientemente de su adscripción, hasta su estabilización, egreso o posibilidad de traslado o referencia a la unidad que, por complejidad de su padecimiento y por la zonificación de los servicios, le corresponda”; el ordinal 82 del referido ordenamiento que indica: “El servicio de hospitalización se establece para los casos en que por la naturaleza de la enfermedad o del tratamiento a que deba sujetarse el derechohabiente, a juicio del médico tratante, se indique su internamiento en unidades hospitalarias de segundo nivel, de acuerdo con lo establecido por el Instituto en cada Área Médica, o en la unidad médica de tercer nivel con la especialidad requerida, con la que existan acuerdos institucionales de gestión”, así como en el diverso 94 del mismo Reglamento, que dispone: “Cuando para la atención de un derechohabiente no se disponga en las unidades médicas de una Área Médica, de los especialistas o de los medios de diagnóstico o terapéuticos necesarios, se procederá al traslado del paciente al hospital general de subzona, zona o regional, de conformidad con el esquema de regionalización de los servicios de atención médica determinados para cada Área Médica, o a la unidad médica de alta especialidad que corresponda, previa la verificación de la vigencia de derechos por el área competente. Cuando para la atención de un derechohabiente sea necesario el traslado a otra unidad médica de alta especialidad, por carecer o no estar disponibles los servicios o recursos tecnológicos en la unidad de referencia, ésta procederá a su envío, de conformidad con la normatividad establecida”.
28. Las acciones y omisiones referidas resultan contrarias a lo dispuesto en los puntos 4.4, 5.1.1, 5.1.5, 5.1.6, 5.1.7 y 5.2.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, relativa a la “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimiento para la prestación del servicio”, que prevén las actividades que se deben realizar durante el control prenatal, entre las que se encuentran la identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales, valoración del riesgo obstétrico) para la prevención, detección oportuna del riesgo y manejo adecuado, y con tales datos, establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades médicas organizadas en tres niveles, lo cual en el presente caso, se tradujo en no diagnosticar el embarazo de alto riesgo de V1, a pesar de contar con criterio médico para ello, el cual se complicó con la apendicitis aguda que padeció la paciente, que no fue determinada y tratada oportunamente, además que no se canalizó al tercer nivel de atención que requería, a fin de que se le brindara una atención especializada.
29. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la Recomendación General Núm. 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, 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 garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”. También consideró que “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 el más alto nivel de salud”. Este Organismo Nacional advirtió, además, “el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”.
30. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General 14 sobre “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, en el apartado relativo a “La mujer y el derecho a la salud” indicó que: “21. Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra

la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos". Considerando, además, lo previsto en los numerales 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos ("Pacto de San José"); 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; I de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, y 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

31. Este Organismo Nacional, advierte que de las notas médicas que obran en el expediente de queja en la atención de V1, intervinieron médicos residentes, documentos que no cuentan con el nombre y firma del médico tratante, por lo tanto, no fueron supervisados por los médicos responsables, lo cual es preocupante, porque puede tener graves consecuencias para la salud de los pacientes. Por lo tanto, se infringieron los numerales 5.7, 9.3.1 y 10.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, "Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas", publicada el 4 de enero de 2013, que en términos generales prevén que los médicos residentes estarán bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesor titular o adjunto en las actividades asistenciales, académicas y de investigación que lleven a cabo los mismos durante su residencia.
32. Lo anterior debido a que los médicos residentes cursan estudios de especialización que constituyen el conjunto de actividades académicas y prácticas que realizan con el propósito de obtener conocimientos amplios y adiestrarse en el ejercicio de alguna rama de la medicina; en ese sentido, los médicos en proceso de formación de una especialidad, podrán atender a los pacientes, pero siempre bajo la supervisión de un médico responsable, excepto cuando se encuentre en riesgo inminente la vida del paciente.
33. De las evidencias descritas se advierte que la indebida atención a V1, se traduce en violencia institucional por parte de diversos médicos de ese Instituto, pues en términos de los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento, tienen la obligación de "evitar, dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, promover, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia", entre ellas, la obstétrica y debieron aplicar "las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia y respetar los derechos humanos de las mujeres".
34. La Organización de las Naciones Unidas en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica, misma que define como: "el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto".
35. Ante los alcances de la violencia obstétrica, la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como muchas organizaciones sociales de mujeres interesadas en la erradicación de estas prácticas, han reiterado que la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una expresión de la violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a la protección de su salud que también está relacionado con el ejercicio de otros derechos humanos vitales para una vida digna y libre de violencia de las mujeres en todas las etapas de su vida. En este sentido, dicho Organismo Internacional, se pronunció en el 2014 respecto de la violencia sufrida por las mujeres durante el parto en los centros de salud, en la Declaración "Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud", reconociendo que: "El maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos [...] [e]xiste una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo".
36. La violencia obstétrica es una modalidad de la violencia institucional y de género, aunque de hecho es una concepción jurídica reciente. Venezuela fue el primer país en el mundo que la incorporó a su legislación en 2007. En México se encuentra incorporada a partir de 2008 en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el estado de Veracruz (artículo 7, fracción VI); en 2009 en la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el estado de Chiapas (artículo 6, fracción VII); en 2010 en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el estado de Guanajuato (artículo 5, fracción VIII); en 2011 en la Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia para el estado de Durango (artículo 6, fracción III); y en 2014 en la Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Chihuahua (artículo 5, fracción VI), la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del estado de Quintana Roo (artículo 5, fracción VII) y la Ley para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres del estado de Tamaulipas (artículo 3, inciso f).

C. Violencia obstétrica

37. En el caso de nuestro país, cada vez son más los sucesos sobre violencia obstétrica que se denuncian derivado de la inadecuada atención médica que se proporciona en las instancias de salud pública y privada a las mujeres en edad reproductiva, en particular, durante el embarazo, parto y puerperio, aun cuando existe un marco jurídico que garantiza servicios de salud adecuados para las mujeres. La violencia obstétrica, como expresión de la violencia de género, es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder que existen entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas, en labor de parto o puerperio, las cuales revelan desigualdad, porque el personal de salud, avalado por las instituciones públicas y privadas, es quien finalmente decide sobre los procedimientos a realizar en el cuerpo de las mujeres, subordinando las necesidades de las mismas, con lo que obstaculizan el ejercicio de sus derechos humanos.
38. Al igual que otros tipos de violencia hacia las mujeres, la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal suerte que muchas de las mujeres que la viven creen que es normal o natural, porque al desconocer sus derechos humanos, reproducen actitudes de sumisión en algunos casos, frente al personal de salud. Algunos médicos reproduce su rol, actitudes y prácticas sin detenerse a reflexionar si son las más adecuadas en el marco de protección de los derechos humanos de las mujeres y del producto de la gestación.
39. Con la finalidad de hacer visible la problemática que enfrentan las mujeres embarazadas al ejercer el derecho a la protección de la salud y buscar mecanismos de solución, este Organismo Nacional, en el Seminario Internacional “Los Derechos Humanos de las Mujeres y la Igualdad en el Acceso al Derecho a la Salud Materna” de septiembre de 2014, con el que inició la “Cruzada Nacional Contra la Violencia Obstétrica”, en el Estado de Campeche, convocó a salvaguardar los derechos humanos de la mujer, porque sólo así habrá mejores políticas públicas y servicios con “calidad, calidez, accesibilidad y disponibilidad” en el rubro de la salud.
40. Al considerar los diversos conceptos que existen en las diversas leyes de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia citadas y lo establecido por la OMS, se llegó a la convicción de que la violencia obstétrica es una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una inadecuada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llega a provocar la pérdida de la vida de la mujer, derivada de una inadecuada acción u omisión en la prestación de servicios médicos, trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.
41. Esta Comisión Nacional considera que la especial protección que deben gozar las mujeres durante su embarazo, contemplada en diversos instrumentos internacionales de la materia, en el presente caso implicaba que el binomio materno-fetal debió recibir atención médica de calidad y con calidez, de ma-

nera expedita, eficiente y oportuna; en ese sentido, el Estado tenía el deber de adoptar medidas positivas, concretas y orientadas a la satisfacción del derecho de protección de la salud materna. Lo anterior se robustece con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que prevé en los artículos 35 y 46, la responsabilidad del Estado para prevenir, atender, sancionar y erradicar con perspectiva de género la violencia en contra de las mujeres; “brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas”, y “asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”.

42. Se acreditó por este Organismo Nacional que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19 y AR20 con motivo de los hechos descritos en la presente Recomendación, violaron el derecho humano a la protección de la salud, a vivir una vida libre de violencia (obstétrica) y al trato digno en agravio de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, ya que tenían el deber de cuidado que debían y podían observar, en su calidad de garantes de la salud, que deriva de los artículos 33, fracciones I y II de la Ley General de Salud, que en términos generales establece que “Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica”; y II. “Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno”; mientras que el artículo 61 Bis dispone que “Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud [...], con estricto respeto de sus derechos humanos”.

D. Inobservancia de la normatividad sobre el expediente clínico

43. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advierte que las notas médicas de la atención brindada a V1 y V2 en el Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro” del IMSS en el Distrito Federal, se observó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR7, AR8, AR9, AR10, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21 y AR22, omitieron asentar el nombre completo, cargo, rango, matrícula del médico tratante y algunos datos son ilegibles, por lo que infringieron los lineamientos establecidos en los puntos 5.10 y 5.11 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 15 de octubre de 2012 y entró en vigor el 15 de diciembre del mismo año, por lo cual es aplicable al presente caso, toda vez que los hechos ocurrieron el 11 de diciembre de 2013. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial

clínico detallado para su tratamiento, 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 le proporcionó en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

44. La sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la cual en el numeral 68 fijó el criterio de: “...la relevancia del expediente médico adecuadamente integrado como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, 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”.
45. Derivado de lo anterior, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19 y AR20, vulneraron los derechos a la protección de la salud, a vivir una vida libre de violencia (obstétrica) y al trato digno en agravio de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, contenidos en los artículos 1o., párrafos primero, segundo y tercero, 4o., párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1o., 2o., fracciones I, II y V; 3o., fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV; 32, 33, 51, primer párrafo; 61, fracciones I; 61 Bis de la Ley General de Salud; 8, fracción I y II, 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica; 1, 4 fracción III, 6, 7, 8, 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, así como el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993, relativa a la “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimiento para la prestación del servicio” y NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, además de la Guía de Referencia Rápida, Diagnóstico de Apendicitis Aguda del Gobierno Federal.
46. En los numerales 12.1 (Atención médica) y 12.2 (Servicios médicos apropiados para la mujer embarazada) de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; 1, 4, inciso b, 7 incisos a) y b), 8 inciso a) de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará); 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); 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 12.1 y 12.2, inciso d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; I, VII 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; señalan 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 prestación 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 tal efecto las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho, en especial de las mujeres embarazadas.

47. 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, para proteger, promover y restaurar la salud de las personas. En el presente caso, el personal médico del Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro” del IMSS en el Distrito Federal, debió considerar el estado integral de la paciente, al realizar los diagnósticos de embarazo de alto riesgo y de la apendicitis aguda que presentó V1, así como su traslado al tercer nivel de atención con mayor capacidad diagnóstica y terapéutica, lo cual hubiese contribuido a evitar que V1 presentara la apendicitis que favoreció y condicionó la pérdida del producto de la gestación, V2. De acuerdo con las consideraciones expuestas, se omitieron por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19 y AR20, responsables de su atención.
48. El derecho al trato digno “es la 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”. En el presente caso se advierte que éste se vulneró en agravio de V1 que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, al no recibir una atención médica que satisficiera sus necesidades en su estado de salud.

Recomendaciones

Al Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social:

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar el daño ocasionado a V1, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro” del IMSS en el Distrito Federal, involucrado en los hechos, derivada de la inadecuada atención médica, violencia obstétrica y trato indigno en agravio de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, que tuvieron como consecuencia una afectación al proyecto de vida de V1, que incluyan una indemnización o compensación y rehabilitación, y se le proporcione atención médica, psicológica, con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación, y se envíen a

esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Diseñar e impartir un curso integral a todos los servidores públicos adscritos al Hospital General de Zona No. 32 "Doctor Mario Madrazo Navarro", sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos con perspectiva de género transversal, y de conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas señaladas en la presente recomendación y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se instruya que los servidores públicos del Hospital General de Zona No. 32 "Doctor Mario Madrazo Navarro", en el Distrito Federal, 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 con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se giren las instrucciones respectivas para emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Zona No. 32 "Doctor Mario Madrazo Navarro", en la que se les requiera entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas de conformidad a las disposiciones de la Secretaría de Salud, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia, conocimientos y habilidades

suficientes para brindar un servicio médico adecuado para atender casos similares al presente, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno del Control del IMSS, contra AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21 y AR22, relacionados con los hechos de la presente Recomendación y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Se colabore debidamente en la integración de la indagatoria que se inicie con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de la República, por ser AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19 y AR20, servidores públicos federales, y remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos la constancias que acrediten dicha colaboración.

SÉPTIMA. Inscribir a V1 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

México, D. F., a 29 de julio de 2015

Sobre el caso de violencia obstétrica e inadecuada atención médica de V1 y la pérdida del producto de la gestación, V2, en el Hospital General de Zona No. 32 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Distrito Federal

**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 los artículos 1o., párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1o., 3o., primer párrafo, 6o., fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracción II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias en el expediente CNDH/1/2014/795/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 se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4o.,

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 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 8 de diciembre de 2013 (sin que se precise la hora) V1, mujer de 36 años de edad, fue valorada en el servicio de admisión del Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el Distrito Federal, debido a que presentaba dolor abdominal y le diagnosticaron gastritis, sin embargo, ante la persistencia de la sintomatología, es decir, que continuaba con el dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio de doce horas de evolución, acudió nuevamente a valoración a la Unidad de Tocoquirúrgica del referido hospital el 09 de diciembre de 2013 a las 10:00 horas.
4. AR1 en la exploración física encontró a V1 con embarazo de 20.2 semanas de gestación y factores de riesgo: edad materna de 36 años, cervicovaginitis, amenaza de parto prematuro, probable gastroenteritis infecciosa y estableció pronóstico reservado a evolución.
5. El mismo día a las 14:30 horas, V1 fue valorada nuevamente por AR1, quien ordenó realizar laboratoriales para determinar el origen del dolor abdominal hipogástrico que presentaba; al obtener los resultados que mostraron hiperglicemia de 145 mg/dl (normal hasta 100 mg/dl), AR2 indicó a V1 tratamiento para diabetes mellitus gestacional y su pase a piso para complementar estudios, la reportó delicada, con pronóstico reservado a evolución y determinó su traslado a una unidad médica de alta especialidad (Tercer nivel de atención).
6. V1 permaneció hospitalizada en ginecología y obstetricia, al encontrarse estable, causó alta el 10 de diciembre de 2013, con indicación de control y seguimiento del embarazo, cita a consulta externa de ginecología en dos semanas con resultados de estudios programados y cita abierta a urgencias.
7. El 11 de diciembre de 2013, V1 acudió de nueva cuenta al referido hospital, donde fue valorada por AR3 y MR1 (médico residente de primer grado) quienes hicieron constar en la nota médica que V1 presentaba embarazo de 20.4 semanas de gestación, con gastroenteritis, dolor abdominal, náuseas, vómitos, evacuaciones diarreicas, fiebre no cuantificada, sin tolerar la vía oral, por ello, indicaron la hospitalización de V1 para hidratarla con protectores gástricos y realizar exámenes de laboratorio completos.
8. El 16 de diciembre de 2013, AR10 le practicó a V1 intervención quirúrgica de apendicectomía abierta, donde encontró “*líquido purulento diseminado en cavidad abdominal...*”, precisó compromiso de vida binomio madre-hijo que ameritaba urgente traslado a tercer nivel. Desde su ingreso, los médicos que atendieron a V1 establecieron diagnóstico reservado a evolución.
9. El 30 de diciembre de 2013, V1 presentó dolor hipogástrico, contracciones uterinas y modificaciones cervicales, por lo que AR21 médico ginecólogo ordenó su pase a la Unidad de Tocoquirúrgica, donde a las 08:11 horas se obtuvo a V2 (producto masculino óbito), de quien se señaló en el certificado de muerte fetal como causas de su deceso: *inmadurez extrema*.
10. El 2 de enero de 2014, Q1 presentó queja vía telefónica en este Organismo Nacional, donde se radicó el expediente CNDH/1/2014/795/Q, y a fin de documentar las violaciones a derechos humanos se solicitó los informes y expediente clínico que remitió el Jefe de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Zona No. 32 del IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

11. Queja presentada vía telefónica el 2 de enero de 2014, por Q1 ante esta Comisión Nacional.
12. Oficio 095217614621/521 de 13 de marzo de 2014, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, al que adjuntó copia del diverso sin folio del 7 del mismo mes y

año, signado por el Jefe de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Zona No. 32 de ese Instituto en el Distrito Federal, relativo al resumen clínico y diagnóstico de V1, así como el nombre del personal médico que intervino en su atención. Asimismo, anexó copia del expediente clínico de V1 del que destacan las constancias siguientes:

12.1. “Nota de ingreso a UTQ” (Unidad Tocoquirúrgica) de las 10:00 horas de 09 de diciembre de 2013, suscrita por AR1.

12.2. Nota de evolución vespertina de las 14:30 horas del 09 de diciembre de 2013, signada por AR1, en la cual señaló que V1 presentaba amenaza de aborto y ordenó recabar los resultados de los exámenes de laboratorio para determinar el origen del dolor abdominal hipogástrico motivo de la consulta.

12.3. Nota a UTQ vespertina de las 15:00 horas de 09 de diciembre de 2013, en la que AR2 asentó la hospitalización de la paciente en piso de Ginecología y Obstetricia, indicó tratamiento de diabetes mellitus gestacional y la reportó delicada con pronóstico reservado de evolución, así como su traslado en tercer nivel de atención.

12.4. “Nota de egreso de Ginecología y Obstetricia” de 10 de diciembre de 2013, suscrita por SP1.

12.5. Nota de ingreso a UTQ de las 19:35 horas de 11 de diciembre de 2013, en la que AR3, médico de base de Ginecobstetricia del Hospital General de Zona No. 32 (no aparece el nombre completo del doctor, cargo y rango) y MR1, mediante la cual indicaron que la paciente presentó gastroenteritis, dolor abdominal, náuseas, vómitos, con pronóstico reservado a evolución.

12.6. Nota de valoración de ginecología de las 3:20 horas de 12 de diciembre de 2013, suscrita por AR1 (no aparece el nombre completo del doctor, cargo, rango y con matrícula ilegible) en la que estableció pronóstico reservado a evolución.

12.7. Nota médica de las 07:30 horas de 12 de diciembre de 2013, en la que AR4, médico de base de Ginecobstetricia (no aparece el nombre completo cargo, rango y con matrícula ilegible) y MR2 del Hospital General de Zona No.32, reportaron a V1 con abdomen doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior.

12.8. Nota médica de las 14:30 horas de 12 de diciembre de 2013, en la que AR2 (omitió anotar su nombre completo y matrícula) y MR2, asentaron: paciente con probable infección urinaria, dolor cólico en hipogastrio, solicitaron urocultivo y establecieron pronóstico reservado a evolución.

12.9. Nota de evolución matutina de 13 de diciembre de 2013, suscrita por AR5, en la que descartó diabetes gestacional e indicó la alta de V1 de endocrinología y sugirió interconsulta a medicina interna.

12.10 Nota médica de las 07:30 horas de 14 de diciembre de 2013, en la que AR4, médico de base de Ginecobstetricia (no aparece el nombre completo cargo, rango y matrícula) y MR2, indicaron continuar con antibioterapia y solicitaron interconsulta por medicina externa.

12.11 Nota de valoración de medicina interna de las 12:50 horas de 14 de diciembre de 2013, signada por AR6, en la que señaló corregir en V1 el desequilibrio electrolítico, tomar ultrasonido renal y vesical, electrolitos, examen general de orina, cobertura antimicrobiana, gasometría arterial y quedó como interconsultante.

12.12 Nota médica de las 13:35 horas de 15 de diciembre de 2013, en la que AR7 (omitió asentar de manera legible su nombre completo, cargo, rango y matrícula) descartó apendicitis modificada en V1 por antibióticos y analgésicos.

12.13 Nota de cirugía general de las 17:50 horas de 15 de diciembre de 2013, en la que AR8 (omitió anotar su matrícula legible) refirió que V1 presentó dolor abdominal y cólico de cuatro días de evolución de inicio en epigastrio e indicó mantener ayuno por 24 horas sin analgésico y antibiótico.

12.14. Nota de evolución de las 07:30 horas de 16 de diciembre de 2013, firmada por AR9 médico de base de Ginecobstetricia (omitió anotar su nombre completo, cargo, rango y matrícula) y MR2, en la que asentaron probable proceso apendicular en V1, se le retiraron analgésicos y antibióticos, y se ordenó una valoración por cirugía.

12.15. Ultrasonido obstétrico practicado a V1 a las 07:40 horas de 16 de diciembre de 2013, por SP2, el cual mostró embarazo con producto único vivo de 20.3 semanas de gestación, con fecha probable de parto el 02 de mayo de 2014.

12.16. Nota de evolución de cirugía general de las 08:00 horas de 16 de diciembre de 2013, suscrita por AR10 y MR3, en la cual registró que V1 presentaba abdomen agudo e indicó laparotomía exploradora y ordenó su pase a quirófano.

12.17. “Carta de consentimiento bajo información” de apendicectomía, elaborada el 16 de diciembre de 2013, por el médico tratante.

12.18. “Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica” elaborada el 16 de diciembre de 2013, por AR10, en la que se indicó apendicectomía abierta y manejo urgente al tercer nivel.

12.19. Nota de ingreso a recuperación de UTQ de las 14:00 horas de 16 de diciembre de 2013, en la que AR11 precisó que una vez estabilizada la paciente se enviaría al tercer nivel.

12.20. Solicitud de referencia al Hospital de Ginec Obstetricia No 4 de las 17:00 horas de 16 de diciembre de 2013, suscrita por AR12.

12.21. Nota de cirugía de 17 de diciembre de 2013, suscrita por AR10 en la que solicitó trasladar a V1 al tercer nivel de atención.

12.22. Nota de cirugía general de las 11:00 horas de 17 de diciembre de 2013, signada por AR10 en la que estableció manejo al tercer nivel por servicio de cirugía general y ginecología por compromiso del binomio madre-hijo.

12.23. Nota de ingreso a piso de las 12:00 horas de 17 de diciembre de 2013, suscrita por AR13 en la que indicó trasladar a V1 al tercer nivel, sin embargo, el Centro Médico Nacional [Siglo XXI] del Hospital de Especialidades, no aceptó su transferencia por encontrarse sin espacio físico en la unidad, como se advierte de la llamada telefónica realizada por AR13.

12.24. Nota agregada de las 16:11 horas de 17 de diciembre de 2013, firmada por AR14 y AR15 (omitieron asentar sus nombres completos y matrículas), así como MR4 en la que registraron a V1 en el servicio de cirugía como tratante y en ginecología y obstetricia como interconsultante. En la misma fecha ingresó a cirugía general.

12.25. Nota continúa en ginecología de las 11:45 horas de 18 de diciembre de 2013, en la que AR11 y MR4 calificaron a la paciente con riesgo alto obstétrico de 12 puntos por cirugía pélvica, apendicitis perforada y edad materna.

12.26. Nota de evolución vespertina (ginecología) de las 14:30 horas del 19 de diciembre de 2013, suscrita por AR12 (omitió su nombre completo y su matrícula es ilegible) y MR4, en la que solicitaron ultrasonido de control al día siguiente y establecieron pronóstico reservado a evolución.

12.27. Nota de ginecología de las 09:00 horas de 20 de diciembre de 2013, en la que AR16 (omitió su nombre completo) y MR4 asentaron el ultrasonido que se realizó a V1, el cual mostró un producto único, vivo, con actividad cardíaca y somática de 21.2 semanas de gestación.

12.28. Nota de evolución de cirugía general de las 15:00 horas de 21 de diciembre de 2013, signada por AR17 (omitió su nombre completo y su matrícula) y MR3, en la que reportaron a la paciente con signos vitales estables, herida quirúrgica, salida de material turbio que ameritó retiro de puntos y solicitaron ultrasonido abdominal.

12.29. “Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica” emitida el 23 de diciembre de 2013, por AR10 (omitió asentar su nombre completo y su matrícula), en la cual señaló que se realizó a V1 lavado de cavidad abdominal y cierre de pared y que encontró aponeurosis debilitada y despulida.

12.30. Ultrasonido obstétrico que SP4 realizó a V1 a las 11:59 horas de 24 de diciembre de 2013, que mostró producto único vivo de 21.3 semanas de gestación.

12.31. Nota de cirugía general de las 07:00 horas de 26 de diciembre de 2013, suscrita por AR18 (omitió asentar su nombre completo, cargo, rango y matrícula), en la cual reportó a V1 con herida quirúrgica y abundante exudado purulento por los drenajes.

12.32. Nota de valoración ginecología de las 07:30 horas de 26 de diciembre de 2013, suscrita por AR13, médico de ginecología (omitió asentar su nombre completo, cargo, rango y matrícula), en la cual se reportó a la paciente con drenaje turbio hematurulento.

- 12.33.** Nota de evolución de cirugía general de las 07:00 horas de 27 de diciembre de 2013, en la que AR19 (omitió asentar su nombre completo, cargo, rango y matrícula) y MR3 reportaron a la ofendida con gasto purulento.
- 12.34.** Nota de valoración de ginecología de las 09:30 horas de 28 de diciembre de 2013, en la que AR7 describió el ultrasonido realizado a V1, el cual mostró frecuencia cardíaca fetal normal, líquido amniótico en cantidad y calidad normales, sin datos de infección intramniótica.
- 12.35.** Nota de evolución de cirugía general de las 20:00 horas de 28 de diciembre de 2013, en la que AR20 (omitió asentar su nombre completo, cargo, rango y matrícula) y MR3 encontraron a V1 con pico febril de 38° C y penrose con gasto purulento.
- 12.36.** Nota de ginecología interconsulta del turno nocturno de las 00:34 horas de 30 de diciembre de 2013, en la que AR21 (omitió anotar su nombre completo) advirtió que la paciente presentaba manchado genital rosado.
- 12.37.** Nota médica de las 05:00 horas de 30 de diciembre de 2013, en la que AR21 (omitió anotar su nombre completo) señaló que la víctima reinició con dolor cólico hipogástrico, contracciones uterinas y modificaciones cervicales.
- 12.38.** Nota de reingreso a UTQ de las 08:00 horas de 30 de diciembre de 2013, signada por AR11 y MR4, en la que indicaron traslado de la paciente a la sala de expulsión.
- 12.39.** “Hoja de consentimiento informado para atención obstétrica” elaborado el 30 de diciembre de 2013, por AR11, en la que se asentó atención de parto a la paciente.
- 12.40.** “Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica” emitida el 30 de diciembre de 2013, por AR11, en la que se indicó trabajo de parto LUI (Legrado Uterino Instrumentado) y en el rubro de hallazgos se precisó que a las 08:11 horas se obtuvo producto masculino muerto de 20 semanas de gestación, con peso de 450 gramos y se revisó la cavidad uterina (curetaje o legrado, se usan para eliminar tejido del útero mediante raspado) de V1, sin incidentes con sangrado aproximado de 100cc.
- 12.41.** Certificado de muerte fetal de V2 en el que se estableció como fecha y hora de fallecimiento las 08:11 horas de 30 de diciembre de 2013 y causa del deceso: *inmadurez extrema*.
- 12.42.** Nota de evolución vespertina de las 14:00 horas de 30 de diciembre de 2013, suscrita por AR22, médico de base de ginecología y obstetricia (omitió asentar nombre completo) y MR4, en la que señalaron que la paciente se encontraba estable.
- 12.43.** Nota de cirugía general de las 07:00 horas de 31 de diciembre de 2013, signada por AR17 y MR5, en la que asentaron los resultados del cultivo de la herida quirúrgica de la paciente que fueron recabados el 16 del mismo mes y año.
- 12.44.** Hojas de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de 17 al 28 de diciembre de 2013, en las que se anotó que se le suministró clindamicina y ceftriaxona a V1.
- 12.45.** Hoja de revisión de cirugía general de 1 de enero de 2014 y notas de indicaciones médicas de 1 y 2 del mismo mes y año, en las cuales SP3 registró la evolución de la paciente y prescribió medicamentos, por tanto, el 3 del mismo mes y año, AR19 reportó a V1 con buen estado en general y se indicó su egreso del hospital con cita abierta a urgencias.
- 13.** Opinión médica elaborada el 20 de mayo de 2014, por peritos médicos de esta Comisión Nacional sobre la atención que se proporcionó a V1 y a V2 en el Hospital General de Zona No. 32 del IMSS en el Distrito Federal.
- 14.** Oficio 095217614BB0/1106 de 8 de julio de 2014, suscrito por el Coordinador Técnico de Atención a Quejas e Información Pública de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS, mediante el cual comunicó que se gestionó la valuación de secuelas para determinar lo que en derecho corresponda conforme al Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto.
- 15.** Acta Circunstanciada de 29 de julio de 2014, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que en la brigada de trabajo efectuada con la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS, comunicó que aún no se emitía la resolución correspondiente en la queja médica iniciada por ese Instituto.
- 16.** Acta Circunstanciada del 14 de octubre de 2014, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que en la brigada de trabajo con la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS, se señaló que en breve se informaría el estado que guardaba la queja médica iniciada por ese Instituto.

17. Oficio 095217614BB0/1670 recibido en este Organismo Nacional el 31 de octubre de 2014, suscrito por el Coordinador Técnico de Atención a Quejas e Información Pública de la Dirección Jurídica del IMSS, mediante el cual informa que en relación a la queja administrativa radicada con el número de expediente QC/SUR/DF/00664-4-2014/NC198-4-2014, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico de ese Instituto, resolvió “*procedente el caso*”, al que adjuntó el diverso 5870 de 31 de julio de 2014, a través del cual se dio vista al Titular del Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del Órgano Interno de Control en esa Delegación.
18. Actas Circunstanciadas del 23 de marzo, 11 de mayo y 14 de julio de 2015, en las que personal de este Organismo Nacional hizo constar que V1 no ha recibido reparación del daño por parte de la autoridad administrativa y que en su momento se remitirá información sobre el trámite de la queja.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

19. El 02 de enero de 2014, Q1 presentó queja vía telefónica ante este Organismo Nacional, en la que manifestó que el 11 de diciembre de 2013, V1 ingresó al Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro” del IMSS en el Distrito Federal, debido a que fue intervenida quirúrgicamente por apendicitis aguda, en el que recibió una inadecuada atención médica que le ocasionó afectaciones a su salud y que derivó en la pérdida del producto de la gestación, V2.
20. El 31 de octubre de 2014, este Organismo Nacional recibió el oficio 0952 17614BB0/1670, suscrito por el Coordinador Técnico de Atención a Quejas e Información Pública de la Dirección Jurídica del IMSS, mediante el cual informa que se instauró procedimiento de queja administrativa bajo el expediente QC/SUR/DF/00664-4-2014/NC198-4-2014 y que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico de ese Instituto resolvió: “*procedente el caso*”, por lo que dio vista del caso al Titular del Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del Órgano Interno de Control en esa Delegación mediante el oficio 5870 de 31 de julio del mismo año.
21. El 14 de julio de 2015, Q1 informó a este Organismo Nacional que hasta esa fecha, V1 no ha recibido reparación alguna por parte del IMSS.

IV. OBSERVACIONES

22. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/1/2014/795/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, al derecho a vivir una vida libre de violencia (obstétrica) y al trato digno de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, atribuibles a personal médico adscrito al Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro” del IMSS en el Distrito Federal, consistente en inadecuada atención médica, en razón a las siguientes consideraciones:

Inadecuada atención médica. Violación a la protección de la salud

23. El 11 de diciembre de 2013, aproximadamente a las 19:35 horas, V1 ingresó a la Unidad de Tocoquirúrgica del Hospital General de Zona No. 32, con antecedentes de amenaza de aborto, diabetes mellitus gestacional, infección urinaria y cervicovaginal; fue atendida por AR3 y MR1 como se advierte de la nota de ingreso en la que asentaron: “*segundo embarazo de 20.4 semanas de gestación, con gastroenteritis, dolor abdominal, náusea, vómitos, evacuaciones diarreicas, fiebre no cuantificada, sin tolerar la vía oral, con motivaciones fetales presentes (dinámica fetal), útero crecido de 20 centímetros con producto único vivo*”, por lo que AR3 indicó la hospitalización de V1 para hidratarla con protectores gástricos, toma de exámenes de laboratorio

- completos (biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos), no prescribió antibióticos hasta contar con dichos resultados y estableció pronóstico reservado a evolución.
24. A las 03:20 horas del 12 de diciembre de 2013, a pesar de que AR1 reportó a V1 con náuseas, vómito gastrobiliar, dolor epigástrico, marco cólico, sólo indicó que le suministraran un antiemético (medicamento que evita el vómito) y solicitó ultrasonido de hígado y vías biliares por la mañana; asimismo, estableció pronóstico reservado a evolución, como consta en la nota de la valoración de ginecología, en la que no se aprecia el nombre completo, cargo y número de matrícula de AR1. Esta Comisión Nacional hace la precisión de que AR1 tuvo intervención en la atención médica de V1 el 9 del mismo mes y año, la cual fue adecuada, sin embargo, su responsabilidad institucional es a partir del 12 de diciembre de 2013, debido a la inadecuada atención médica proporcionada a V1.
 25. A las 07:30 horas del 12 del mismo mes y año, AR4 y MR2 reportaron a V1 “*con abdomen doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior y elimina proteínas por la orina*”, indicaron recolectar orina de 24 horas, dieta fraccionada y vigilancia estrecha, sin embargo, AR4 omitió establecer el origen de la proteinuria, la cual en una paciente embarazada es indicativo de probable alteración renal y no tomó en cuenta el dolor que presentaba en el abdomen con más de 24 horas de evolución, síntoma de apendicitis aguda, que no fue diagnosticado conforme a lo establecido en *la Guía de Referencia Rápida, Diagnóstico de Apendicitis Aguda del Gobierno Federal*, publicada el 30 de septiembre de 2009 por el Consejo de Salubridad General y que está considerada en el Catálogo Maestro de ese Instituto con la clave 031-8.
 26. En la misma fecha, aproximadamente a las 14:30 horas, V1 fue valorada por AR2 y MR2, quienes asentaron en la nota médica los antecedentes descritos, además “*con una probable infección urinaria, aún con dolor cólico en hipogastrio, sin actividad uterina, ni pérdidas transvaginales, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso por crecimiento uterino con fondo de 20 centímetros, frecuencia cardíaca fetal de 170 lpm, sonda Foley drenando 150 cc de orina concentrada; la revisó endocrinología por presentar hiperglicemia de 132 mg/dl, cetonas y glucosa por orina*”, por lo cual indicaron continuar con hidratación, dieta, antibióticos, cuidados de enfermería y solicitaron urocultivo, estableciendo pronóstico reservado a evolución. No obstante, pasó desapercibido para AR2 considerar el traslado de V1 al siguiente nivel de atención con mayor capacidad diagnóstica y terapéutica. Esta Comisión Nacional hace la precisión de que AR2 tuvo intervención en la atención médica de V1 el 9 del mismo mes y año, la cual fue adecuada, sin embargo, su responsabilidad institucional es a partir del 12 de diciembre de 2013, debido a la inadecuada atención médica proporcionada a V1.
 27. El 13 de diciembre de 2013, AR5 asentó en la nota de evolución matutina que encontró a V1 “*con frecuencia cardíaca de 90 lpm, náuseas, vómito persistente, intolerancia a la vía oral y distensión abdominal*”; realizó bililabstix (prueba rápida en la que una tira reacciona en la orina) que resultó positiva para leucocitos, cetonas y proteínas; descartó diabetes gestacional; agregó que la hiperglicemia reactiva era secundaria a la infección de vías urinarias e indicó su alta de endocrinología y sugirió interconsulta a medicina interna. AR5 omitió realizar un adecuado protocolo de estudio para encontrar la causa de la hiperglicemia o considerar el traslado de V1 al siguiente nivel de atención por embarazo de alto riesgo, el dolor abdominal que presentaba, además de las náuseas, vómito persistente, intolerancia a la vía oral, distensión abdominal, que fueron desestimadas.
 28. A las 07:30 horas del 14 de diciembre de 2013, AR4 y MR2 señalaron que V1 además de los antecedentes reseñados, “*presentaba distensión abdominal, náuseas, gases, sin tolerar la vía oral, frecuencia cardíaca fetal de 170 lpm (normal hasta 150 por minuto)*”, por lo que indicaron continuar con antibioticoterapia y solicitar interconsulta por medicina interna, sin embargo, de acuerdo a la sintomatología descrita V1 padecía abdomen agudo, que es grave y requería de inmediato cirugía general, que pasó desapercibida para el referido galeno, quien debió revisar los exámenes de laboratorio previos, solicitar ultrasonido abdominopélvico y obstétrico para establecer un diagnóstico certero y descartar alteraciones fetales o considerar el traslado de V1 al siguiente nivel de atención con mayor capacidad diagnóstica y terapéutica.
 29. A las 12:50 horas del 14 de diciembre de 2013, AR6 reportó a V1 “*con embarazo de 20.4 semanas de gestación, gastroenteritis, infección de vías urinarias, desequilibrio electrolítico, pielonefritis derecha (puntos ureterales positivos indicativos de infección urinaria), drenando orina turbia concentrada, examen general de orina patológico*” e indicó corregir el desequilibrio electrolítico, tomar ultrasonido renal y vesical para descartar co-

- lecciones intrabdominales, electrolitos y examen general de orina de control, además de cobertura antimicrobiana de amplio espectro (ceftriaxona) y gasometría arterial, y V1 quedó como interconsultante. AR6 desestimó los factores de riesgo descritos y omitió solicitar los paraclínicos urgentes a efecto de diagnosticar la apendicitis aguda que presentaba V1 y su traslado al siguiente nivel de atención.
30. En la nota médica generada a las 13:35 horas del 15 de diciembre de 2013, AR7 asentó que V1 presentaba “*mayor dolor en fosa iliaca derecha [...] dolor localizado en flanco derecho y fosa iliaca derecha con rebote dudoso [...] neutrofilia de 86, leucocitos de 7200 [...] descartar apendicitis modificada por antibióticos y analgésicos*”; a pesar de ello, AR7 omitió realizar una adecuada exploración física e interrogatorio que le permitiera diagnosticar la apendicitis aguda que padecía V1, de acuerdo con *la Guía de Referencia Rápida, Diagnóstico de Apendicitis Aguda del Gobierno Federal*.
 31. Además, AR7 no estableció el diagnóstico de embarazo de alto riesgo de V1, no tomó una glicemia capilar y tampoco solicitó ultrasonido obstétrico paraclínico ordenado el día anterior, ni la interconsulta por cirugía general urgente o su traslado al siguiente nivel de atención como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 6 de enero de 1995, relativa a la “*Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimiento para la prestación del servicio*”.
 32. En la nota de cirugía general realizada a las 17:50 horas del 15 de diciembre de 2013, AR8 señaló que V1 presentaba “*dolor abdominal, cólico de cuatro días de evolución de inicio en epigastrio, acompañado de distensión abdominal, náuseas y vómito, subhidratada, con infección de vías urinarias, sin poder interpretar el ultrasonido por no ser valorable debido a la distensión de asas y sin líquido libre o datos de irritación peritoneal francos que justificaran operar a la paciente*”. Agregó, cuidar al binomio madre-hijo, mantener a V1 en ayuno por 24 horas, sin analgésico y antibiótico, así como realizar una nueva valoración para verificar la persistencia o modificación del dolor.
 33. Se advirtió que AR8 a pesar de que encontró a V1 con los síntomas descritos, omitió realizar una adecuada semiología del dolor abdominal, explorando e interrogando de manera dirigida a V1 para conocer incremento o migración del dolor, aumento al caminar o toser, rigidez muscular involuntaria, disminución de las peristalsis (contracciones musculares del tracto digestivo), dolor en cuadrante inferior derecho, signos apendiculares positivos (Mc Burney, Psoas, talopercusión), solicitar laboratoriales urgentes (con búsqueda de leucocitosis, bandemia o neutrofilia) para diagnosticar la apendicitis aguda que padecía V1 y que ameritaba cirugía de inmediato de acuerdo con la *Guía de referencia rápida. Diagnóstico de apendicitis aguda*. Además, no detectó los factores de riesgo obstétrico (amenaza de parto prematura, infección de vías urinarias), incumpliendo lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, relativa a la “*Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimiento para la prestación del servicio*”.
 34. El 16 de diciembre de 2013, a las 07:30 horas, V1 fue valorada por AR9 médico de base ginecobstetricia y MR2, quienes la reportaron con abdomen globoso, distendido y rebote dudoso, precisando que “*se podría tratar de un proceso apendicular por lo que se retiran analgésico y antibiótico, se encuentra en ayuno, se le realizó ultrasonido abdominal, el cual no es valorable, zona apendicular por distensión abdominal y útero a expensas de producto único vivo intrauterino*”, indicaron continuar en vigilancia estrecha, ayuno y valorar nuevamente por cirugía.
 35. Se observó que AR9 omitió diagnosticar el embarazo de alto riesgo que presentaba V1 y detectar los factores de riesgo obstétrico y control de otras patologías con el embarazo, incumpliendo la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, relativa a la “*Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimiento para la prestación del servicio*”. Asimismo, no realizó una adecuada exploración física abdominal para establecer el proceso apendicular agudo instalado en la paciente desde su ingreso y no solicitó exámenes de laboratorio, además ameritaba una revisión urgente por cirugía general, de acuerdo a lo que establece *la Guía de Referencia Rápida, Diagnóstico de Apendicitis Aguda del Gobierno Federal*.
 36. El mismo día a las 07:40 horas, SP2 realizó a V1 ultrasonido obstétrico paraclínico que mostró “*embarazo con producto único vivo de 20.3 semanas de gestación, con fecha probable de parto el 02 de mayo de 2014, fre-*

- cuencia cardíaca rítmica de 136 lpm, placenta normoinserta, líquido amniótico normal*"; sin embargo, los médicos tratantes omitieron solicitar un rastreo sonográfico abdominal como lo señala la *Guía de Referencia Rápida. Diagnóstico de Apendicitis Aguda del Gobierno Federal*, que les permitiera diagnosticar la apendicitis aguda que sufría la paciente.
37. Derivado de la inadecuada atención de la paciente por parte de los médicos tratantes, a las 08:00 horas del 16 de diciembre de 2013, AR10 médico de base de cirugía general, reportó a V1 con datos de irritación (inflamación) peritoneal y rebote positivo, es decir, datos francos de abdomen agudo, por lo que ordenó su pase a quirófano.
 38. Este mismo día, previa firma de carta de consentimiento bajo información, se realizó a V1 una laparotomía exploradora en la que AR10 encontró lo siguiente: *"apertura de peritoneo con salida de líquido purulento abundante, se toma cultivo y se envía a laboratorio, se identifica epiplón acartonado con natas de fibrina, múltiples natas de fibrina en asas de intestino delgado, útero cubierto por natas de fibrina [...] apéndice cecal hiperémica, abscedada, con perforación en el tercio inferior de 1 cm de diámetro hasta la base del ciego, se realiza ligadura y corte [...] se realiza lavado de cavidad con 3 litros de solución inyectable, se corrobora hemostasia... colocación de penrose abocado a hueco pélvico [...] alto riesgo de formación de absceso residual, dehiscencia del muñón, compromiso de vida del binomio madre-hijo, amerita urgentemente manejo en tercer nivel de atención"*.
 39. En la hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, así como en las notas médicas de 16 de diciembre de 2013, AR10 y AR11 señalaron el traslado de V1 a una unidad médica de alta especialidad (tercer nivel de atención) y se constató la llamada telefónica que realizó AR12 con el hospital de Ginecología y Obstetricia Número 4 con resultado negativo, además AR10 y AR13 asentaron en las notas de cirugía general del 17 del mismo mes y año, la comunicación telefónica con el hospital de especialidades [Siglo XXI], donde les negaron el traslado de V1 por no contar con espacio físico.
 40. En la nota agregada de las 16:11 horas de 17 de diciembre de 2013, suscritas por AR14, AR15 y MR4, registraron que V1 evolucionó satisfactoriamente, sin compromiso obstétrico, por tanto, decidieron se quedara a cargo de servicio de cirugía como servicio tratante y de ginecología y obstetricia como interconsultante e ingresó en la misma fecha a piso en cirugía general; empero, omitieron los citados médicos solicitar el traslado de V1 a un hospital mejor equipado y con más recursos.
 41. En la nota de ginecología de las 11:45 horas de 18 de diciembre de 2013, AR11 y MR4 calificaron a V1 con riesgo obstétrico de 12 puntos (alto) por cirugía pélvica, apendicitis perforada y edad materna, asentaron que una vez que mejoraran sus condiciones, era candidata a tercer nivel de atención. Precizaron los peritos de este Organismo Nacional que a pesar de estar ordenado su traslado y al encontrarse estable, "sin compromiso obstétrico", no se realizó su transferencia.
 42. A las 14:30 horas del 19 de diciembre de 2013, AR12 y MR4 reportaron a V1 con esquema profiláctico de uteroinhibición completo *"sin urgencia obstétrica"*, solicitaron ultrasonido de control al día siguiente e indicaron mantener adecuada hidratación, requerimiento calórico, y establecieron pronóstico reservado a evolución; omitiendo diagnóstico de embarazo de alto riesgo y considerar su traslado inmediato a un hospital mejor equipado y con más recursos.
 43. A las 09:00 horas del 20 de diciembre de 2013, AR16 y MR4 señalaron en la nota médica, que el ultrasonido de V1 mostró un producto único, vivo, con actividad cardíaca y somática presente de 21.2 semanas de gestación, con peso estimado de 427,92 gramos (sic), líquido amniótico normal en cantidad, placenta corporal anterior grado 1, sin datos de urgencia obstétrica; indicó continuar en vigilancia obstétrica, hidratación, analgesia adecuada, cuidados de la herida quirúrgica y manejo del servicio de cirugía; sin embargo, AR16 omitió establecer diagnóstico embarazo de alto riesgo y considerar su traslado inmediato a un hospital mejor equipado y con más recursos.
 44. A las 15:00 horas del 21 de diciembre de 2013, AR17 y MR3 reportaron a V1 con signos vitales estables, afebril, herida quirúrgica con salida de material turbio que ameritó retiro de puntos, abundante material purulento, realizaron curación y solicitaron ultrasonido abdominal para descartar colecciones abdominales, pero AR17 omitió solicitar laboratoriales de control, lavado quirúrgico urgente con toma de muestra para cultivos y

- ajuste antimicrobiano, obligados en la paciente con embarazo de alto riesgo y con salida de material purulento por herida quirúrgica, por lo que desestimó esta grave complicación, además a que no indicó el traslado urgente de la paciente a otro nivel de atención.
45. El 23 de diciembre de 2013, AR10 realizó a V1 lavado de cavidad abdominal y cierre de pared, encontró aponeurosis (membrana fibrosa, resistente que recubre los músculos) debilitada, despulida, colección de 10 ml en corredera parietocólica derecha, omitió tomar muestras para cultivo y ajuste antimicrobiano y solicitar el resultado de las muestras recabadas el 16 de diciembre de 2013 durante la apendicectomía o indicar su traslado urgente a otro hospital mejor equipado y con más recursos.
 46. A las 11:59 horas del 24 de diciembre de 2013, SP4 realizó a V1 ultrasonido obstétrico, el cual mostró un producto único vivo, de 21.3 semanas de gestación, con placenta normoinsera grado 1 de madurez, líquido amniótico normal, y frecuencia cardíaca fetal de 158 lpm, es decir, estable y en condiciones de su traslado. Los médicos tratantes del servicio de cirugía y ginecología que valoraron a la paciente, omitieron establecer diagnóstico de embarazo de alto riesgo (21.3 semanas de gestación, edad materna, apendicitis perforada, abundante pus en cavidad abdominal, postoperada de lavado de cavidad abdominal y cierre de pares), que ameritaba su traslado a un hospital mejor equipado y con más recursos, sin que exista constancia de que se haya realizado esa gestión.
 47. A las 07:00 horas del 26 de diciembre de 2013, AR18 encontró la herida quirúrgica de V1 con abundante exudado purulento (pus) por los drenajes (penrose facilita la salida de líquido de la herida); a las 07:30 horas del mismo día, AR13, médico de ginecología, la reportó con drenaje turbio hematópurulento.
 48. A las 07:00 horas del 27 de diciembre de 2013, AR19 y MR3 asentaron en la hoja de evolución de cirugía general drenaje con gasto purulento.
 49. A las 20:00 horas del 28 de diciembre de 2013, AR20 y MR3 registraron a V1 con pico febril de 38°C y penrose con gasto purulento. En la misma fecha, AR7 señaló que el ultrasonido practicado a V1 mostró frecuencia cardíaca fetal normal de 153 lpm, líquido amniótico en cantidad y calidad normales, sin datos de infección intramniótica.
 50. De las evidencias descritas y de la opinión médica emitida por expertos de este Organismo Nacional, se observa que derivado del inadecuado manejo de los médicos tratantes que intervinieron a V1 del 11 al 16 de diciembre de 2013, omitieron establecer diagnóstico de embarazo de alto riesgo, consistente en: edad materna 36 años de edad, cervicovaginitis e infección urinaria, embarazo de 20.4 semanas de gestación, gastroenteritis, dolor abdominal, náuseas, vómitos, evacuaciones diarreicas, fiebre no cuantificada, intolerancia a la vía oral, que fue determinada desde el 09 de diciembre de 2013, y por tanto, inobservaron el punto 4.3 de la NOM-007-SSA2-1993, relativa a la *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimiento para la prestación del servicio”*, que define el embarazo de alto riesgo como *“aquél en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto”*.
 51. De igual manera, los referidos médicos omitieron realizar una semiología (signos y síntomas de las enfermedades por sistemas) del dolor abdominal que presentó V1 con 24 horas de evolución, explorar físicamente a la paciente para buscar datos de irritación peritoneal (hipersensibilidad en cuadrante inferior derecho), rigidez muscular involuntaria, además de no realizar los exámenes de laboratorio urgentes, desestimando el cuadro clínico que exteriorizó V1 reseñados en las notas médicas (náuseas, vómito, subhidratada, evacuaciones diarreicas, fiebre no cuantificada), que les hubiera permitido diagnosticar de manera oportuna la apendicitis aguda que padeció V1 desde su ingreso al hospital, esto es, el 11 de diciembre de 2013, de acuerdo a lo que señala la *Guía de Referencia Rápida, Diagnóstico de Apendicitis Aguda del Gobierno Federal*, cuya finalidad es orientar a los médicos en la toma de decisiones clínicas basadas en la mejor evidencia, sobre todo que la apendicitis aguda es el padecimiento quirúrgico no obstétrico más común durante el embarazo y el retardo en su diagnóstico favorece la perforación apendicular.
 52. Los citados galenos no realizaron la intervención quirúrgica urgente que ameritaba V1 para atender la apendicitis aguda que presentó, lo que contribuyó a la evolución de la enfermedad, en cinco días al absceso y finalmente a la perforación apendicular (peritonitis), incumpliendo lo dispuesto en la fracción III del artículo 27

de la *Ley General de Salud*, relacionado con el diverso 72 de su *Reglamento en Materia de prestación de Servicios de Atención Médica* publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de noviembre de 2006, que señala: “Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata”.

53. Derivado del inadecuada atención médica, los médicos tratantes AR18, AR19 y AR20 omitieron establecer embarazo de alto riesgo de V1, no solicitaron el resultado de las muestras tomadas el 16 de diciembre de 2013 a V1 durante la apendicectomía para cultivo y referirlas de inmediato a un hospital mejor equipado y con más recursos; AR17 reportó la herida de la paciente con salida de material purulento, a pesar de lo cual no requirió lavado quirúrgico urgente ni solicitó los laboratoriales de control; AR10 realizó el lavado de cavidad abdominal, pero no pidió tomar muestras para cultivo y el resultado de las muestras recabadas el 16 de diciembre de 2013 a V1. Por lo tanto, incumplieron los puntos 4.3, 5.1.1, 5.1.3, 5.1.5 de la Norma Oficial Mexicana *NOM-007-SSA2-1993*, relativa a la “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimiento para la prestación del servicio”, vulneró el derecho a la protección a la salud de V1.

Afectación y pérdida del producto de la gestación

54. A las 00:34 horas del 30 de diciembre de 2013, AR21 reportó a V1 con manchado genital rosado, como se advierte de la nota de ginecología de interconsulta del turno nocturno. Aproximadamente a las 05:00 horas del mismo día, el referido galeno precisó que la paciente presentó dolor cólico hipogástrico, contracciones uterinas y modificaciones cervicales que obligaron su pase a la Unidad Tocoquirúrgica, donde ingresó a las 08:00 horas para la atención de “trabajo de aborto”.
55. Previo consentimiento informado y en base a la hoja de intervención quirúrgica que se generó el 30 de diciembre de 2013, AR11 indicó que a las 08:11 horas se obtuvo a V2, masculino, de 20 semanas de gestación, con peso de 450 gramos y se revisó la cavidad uterina (curetaje o legrado, se usan para eliminar tejido del útero mediante raspado) de V1, sin incidentes con sangrado aproximado de 100cc.
56. En el certificado de muerte fetal de V2 se señaló como causa de fallecimiento: *inmadurez extrema*, sin embargo, los expertos de esta Comisión Nacional señalaron que si bien el producto de la gestación con 20 semanas, se considera inmadurez extrema incompatible con la vida, precisamente por esa condición clínica, los médicos tratantes debieron extremar precauciones, lo cual omitieron al no diagnosticar oportunamente la apendicitis aguda que padeció V1, lo que permitió la evolución de la enfermedad, consistente en que se abscedara y perforara el apéndice, puesto que se coleccionó abundante líquido purulento que cubrió epiplón, intestino delgado y útero, lo cual favoreció la pérdida del producto de la gestación, toda vez que como lo describe la literatura médica universal vigente que “*el riesgo de pérdida fetal aumenta en caso de perforación hasta en un 36%, cuando hay peritonitis o absceso peritoneal*”, además, no determinaron el embarazo de alto riesgo de V1 a pesar de contar con criterio para ello.
57. A las 07:00 horas del 31 de diciembre de 2013, AR17 y MR5 precisaron que los resultados del cultivo de la herida quirúrgica recabados el 16 del mismo mes y año (15 días después), fueron positivos para *Klebsiella pneumoniae* blee (germen nosocomial oportunista), sensible a carbapenems (antibiótico betalactámico con amplio aspecto de actividad bactericida), amikacina (antibiótico bactericida del grupo de los aminoglucósidos), tigeciclina (fármaco) y resistente a cefalosporinas (antibiótico) y quinolonas (agentes con actividad antimicrobiana), que favoreció la resistencia bacteriana, debido a que inadecuadamente a V1 se le suministraron del 17 a 28 de diciembre de 2013 clindamicina y ceftriaxona, esta última perteneciente a las cefalosporinas, que es resistente a la infección, como consta en las hojas de enfermería.
58. El 3 de enero de 2014, al reportarse V1 con adecuada evolución clínica, se egresó a su domicilio con indicaciones y cita abierta.
59. De las evidencias reseñadas y de la opinión médica de los expertos de esta Comisión Nacional, se advierte que a pesar de que V1 presentó embarazo de alto riesgo, posquirúrgico de apendicitis perforada con líquido purulento, natas de fibrina cubriendo epiplón, intestino delgado y útero, los médicos tratantes que tuvieron a

- su cargo al binomio materno-fetal en el posquirúrgico inmediato y mediano, omitieron brindarle un adecuada atención, toda vez que no realizaron su traslado al tercer nivel de atención, aun cuando señalaron que V1 requería urgentemente esa atención médica especializada, como se advierte de la hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, suscrita por AR10; de la nota de ingreso a recuperación de UTQ de las 14:00 horas, firmada por AR11; de la solicitud de referencia (traslado) al Hospital de Ginec Obstetricia No. 4, realizada por AR12, todas del 16 de enero de 2013; de las notas médicas de 17 del mismo mes y año, elaboradas por AR10, AR13, AR14 y AR15, e incluso el registro de la llamada telefónica con el Centro Médico Nacional [Siglo XII] del Hospital de Especialidades, donde les negaron el traslado por falta de espacio físico, pero no insistieron en la transferencia de la paciente al Centro Nacional “La Raza” o al Hospital de Ginec Obstetricia Número 4, ambos del IMSS, a pesar de que AR11 el 18 del mismo mes y año, calificó a V1 con riesgo obstétrico alto y estable.
60. Asimismo, AR12, AR16, AR17, no consideraron el traslado de V1 a un hospital mejor equipado y con más recursos, como se desprende de la nota de evolución vespertina de las 14:30 horas del 19; de la nota médica de las 09:00 horas del 20; de la nota de evolución de cirugía de las 15:00 horas del 21, todos de diciembre de 2013. Lo anterior con la finalidad de que V1 recibiera una valoración especializada y brindarle un mejor pronóstico de sobrevivida a V2; por tanto, los médicos tratantes incumplieron lo dispuesto en la fracción III del artículo 4 del *Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS*, que establece que el tercer nivel de atención lo constituyen las unidades médicas de alta especialidad que cuentan con la capacidad tecnológica y máxima resolución terapéutica por la complejidad del padecimiento, así como los puntos 5.1.1, 5.1.5 y 5.1.7 de la *NOM-007-SSA2-1993*, relativa a la “*Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimiento para la prestación del servicio*”; al margen de que los médicos tratantes del servicio de cirugía y ginec obstetricia que valoraron a V1 omitieron establecer el diagnóstico de embarazo de alto riesgo a pesar de contar criterio para ello.
61. De las evidencias analizadas, se acreditó la responsabilidad institucional del Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro” del IMSS, toda vez que no garantizó el derecho a la protección a la salud de V1, al no proporcionarle la atención que requería en un hospital de tercer nivel, con motivo de la gravedad y complejidad del padecimiento que presentó, de conformidad a lo establecido en el artículo 70 fracción II y 73 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios Médicos del IMSS, por lo tanto, se incumplió con lo dispuesto en el artículo 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios Médicos del IMSS que señala: “*Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo*”, relacionado con el párrafo segundo del artículo 5 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, que establece: “*El Instituto otorgará atención médica de urgencia al derechohabiente en cualquiera de sus unidades médicas que cuenten con ese servicio, independientemente de su adscripción, hasta su estabilización, egreso o posibilidad de traslado o referencia a la unidad que, por complejidad de su padecimiento y por la zonificación de los servicios, le corresponda*”; el ordinal 82 del referido ordenamiento que indica: “*El servicio de hospitalización se establece para los casos en que por la naturaleza de la enfermedad o del tratamiento a que deba sujetarse el derechohabiente, a juicio del médico tratante, se indique su internamiento en unidades hospitalarias de segundo nivel, de acuerdo con lo establecido por el Instituto en cada Área Médica, o en la unidad médica de tercer nivel con la especialidad requerida, con la que existan acuerdos institucionales de gestión*”, así como en el diverso 94 del mismo Reglamento, que dispone: “*Cuando para la atención de un derechohabiente no se disponga en las unidades médicas de una Área Médica, de los especialistas o de los medios de diagnóstico o terapéuticos necesarios, se procederá al traslado del paciente al hospital general de subzona, zona o regional, de conformidad con el esquema de regionalización de los servicios de atención médica determinados para cada Área Médica, o a la unidad médica de alta especialidad que corresponda, previa la verificación de la vigencia de derechos por el área competente. Cuando para la atención de un derechohabiente sea necesario el traslado a otra unidad médica de alta especialidad, por carecer o no estar disponibles los servicios o recursos tecnológicos en la unidad de referencia, ésta procederá a su envío, de conformidad con la normatividad establecida*”.

62. Las acciones y omisiones referidas resultan contrarias a lo dispuesto en los puntos 4.4, 5.1.1, 5.1.5, 5.1.6, 5.1.7 y 5.2.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, relativa a la *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimiento para la prestación del servicio”*, que prevén las actividades que se deben realizar durante el control prenatal, entre las que se encuentran la identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales, valoración del riesgo obstétrico) para la prevención, detección oportuna del riesgo y manejo adecuado, y con tales datos, establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades médicas organizadas en tres niveles, lo cual en el presente caso, se tradujo en no diagnosticar el embarazo de alto riesgo de V1, a pesar de contar con criterio médico para ello, el cual se complicó con la apendicitis aguda que padeció la paciente, que no fue determinada y tratada oportunamente, además que no se canalizó al tercer nivel de atención que requería, a fin de que se le brindara una atención especializada.
63. La citada Norma Oficial Mexicana establece con claridad que la atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria y que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos 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, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que, llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, para lo cual mandata, entre otros, a brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez.
64. La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, ha sido referida en las Recomendaciones 5/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 46/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 19/2015 y 20/2015, emitidas por esta Comisión Nacional, en las que se hace hincapié en la importancia que tiene llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica, al indicar que el personal médico debe detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, acciones que en el caso de V1 y V2 no se realizaron. A pesar de las recomendaciones emitidas, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la citada Norma Oficial Mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.
65. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la Recomendación General 15, *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, del 23 de abril de 2009, 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 garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”*. También consideró que *“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 el más alto nivel de salud”*. Este Organismo Nacional advirtió, además, *“el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”*.
66. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General 14 sobre *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, en el apartado relativo a *“La mujer y el derecho a la salud”* indicó que: *“21. Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en*

particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos”. Considerando, además, lo previsto en los numerales 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (“Pacto de San José”); 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; I de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, y 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

67. Este Organismo Nacional, advierte que de las notas médicas que obran en el expediente de queja en la atención de V1, intervinieron médicos residentes, documentos que no cuentan con el nombre y firma del médico tratante, por lo tanto, no fueron supervisados por los médicos responsables, lo cual es preocupante, porque puede tener graves consecuencias para la salud de los pacientes. Por lo tanto, se infringieron los numerales 5.7, 9.3.1 y 10.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, “Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas”, publicada el 4 de enero de 2013, que en términos generales prevén que los médicos residentes estarán bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesor titular o adjunto en las actividades asistenciales, académicas y de investigación que lleven a cabo los mismos durante su residencia.
68. Lo anterior debido a que los médicos residentes cursan estudios de especialización que constituyen el conjunto de actividades académicas y prácticas que realizan con el propósito de obtener conocimientos amplios y adiestrarse en el ejercicio de alguna rama de la medicina; en ese sentido, los médicos en proceso de formación de una especialidad, podrán atender a los pacientes, pero siempre bajo la supervisión de un médico responsable, excepto cuando se encuentre en riesgo inminente la vida del paciente.

Violencia obstétrica

69. De las evidencias descritas se advierte que la indebida atención a V1, se traduce en violencia institucional por parte de diversos médicos de ese Instituto, pues en términos de los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento, tienen la obligación de “evitar, dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, promover, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”, entre ellas, la obstétrica y debieron aplicar “las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia y respetar los derechos humanos de las mujeres”.
70. La Organización de las Naciones Unidas en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica, misma que define como: “el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto”.¹
71. Ante los alcances de la violencia obstétrica, la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como muchas organizaciones sociales de mujeres interesadas en la erradicación de estas prácticas, han reiterado que la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una expresión de la violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a la protección de su salud que también está relacionado con el ejercicio de otros derechos humanos vitales para una vida digna y libre de violencia de las mujeres en todas las etapas de su vida. En este sentido, dicho Organismo Internacional, se pronunció en el 2014 respecto de la violencia sufrida por las mujeres durante el parto en los centros de salud, en la Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, reconociendo que: “El maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios inter-

¹ Revista Redbioética de la UNESCO, año 4, volumen 1, número 7, enero-junio de 2013, p. 47.

- nacionales de derechos humanos [...] [e]xiste una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo.”*
72. La violencia obstétrica es una modalidad de la violencia institucional y de género, aunque de hecho es una concepción jurídica reciente. Venezuela fue el primer país en el mundo que la incorporó a su legislación en 2007. En México se encuentra incorporada a partir de 2008 en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz (artículo 7, fracción VI); en 2009 en la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas (artículo 6, fracción VII); en 2010 en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato (artículo 5, fracción VIII); en 2011 en la Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia para el Estado de Durango (artículo 6, fracción III); y en 2014 en la Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Chihuahua (artículo 5, fracción VI), la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Quintana Roo (artículo 5, fracción VII) y la Ley para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres del Estado de Tamaulipas (artículo 3, inciso f).
 73. En el caso de nuestro país, cada vez son más los sucesos sobre violencia obstétrica que se denuncian derivado de la inadecuada atención médica que se proporciona en las instancias de salud pública y privada a las mujeres en edad reproductiva, en particular, durante el embarazo, parto y puerperio, aun cuando existe un marco jurídico que garantiza servicios de salud adecuados para las mujeres. La violencia obstétrica, como expresión de la violencia de género, es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder que existen entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas, en labor de parto o puerperio, las cuales revelan desigualdad, porque el personal de salud, avalado por las instituciones públicas y privadas, es quien finalmente decide sobre los procedimientos a realizar en el cuerpo de las mujeres, subordinando las necesidades de las mismas, con lo que obstaculizan el ejercicio de sus derechos humanos.
 74. Al igual que otros tipos de violencia hacia las mujeres, la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal suerte que muchas de las mujeres que la viven creen que es normal o natural, porque al desconocer sus derechos humanos, reproducen actitudes de sumisión en algunos casos, frente al personal de salud. Algunos médicos reproduce su rol, actitudes y prácticas sin detenerse a reflexionar si son las más adecuadas en el marco de protección de los derechos humanos de las mujeres y del producto de la gestación.
 75. Con la finalidad de hacer visible la problemática que enfrentan las mujeres embarazadas al ejercer el derecho a la protección de la salud y buscar mecanismos de solución, este Organismo Nacional, en el Seminario Internacional “*Los Derechos Humanos de las Mujeres y la Igualdad en el Acceso al Derecho a la Salud Materna*” de septiembre de 2014, con el que inició la “*Cruzada Nacional Contra la Violencia Obstétrica*”, en el Estado de Campeche, convocó a salvaguardar los derechos humanos de la mujer, porque sólo así habrá mejores políticas públicas y servicios con “*calidad, calidez, accesibilidad y disponibilidad*” en el rubro de la salud.
 76. Al considerar los diversos conceptos que existen en las diversas leyes de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia citadas y lo establecido por la OMS, se llegó a la convicción de que la violencia obstétrica es una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una inadecuada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llega a provocar la pérdida de la vida de la mujer, derivada de una inadecuada acción u omisión en la prestación de servicios médicos, trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.
 77. Esta Comisión Nacional considera que la especial protección que deben gozar las mujeres durante su embarazo, contemplada en diversos instrumentos internacionales de la materia, en el presente caso implicaba que el binomio materno-fetal debió recibir atención médica de calidad y con calidez, de manera expedita, eficiente y oportuna; en ese sentido, el Estado tenía el deber de adoptar medidas positivas, concretas y orientadas a la satisfacción del derecho de protección de la salud materna. Lo anterior se robustece con la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, que prevé en los artículos 35 y 46, la responsabilidad del Estado para prevenir, atender, sancionar y erradicar con perspectiva de género la violencia en contra de las mujeres; “*brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria*

atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas”, y “asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”.

78. Se acreditó por este Organismo Nacional que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19 y AR20 con motivo de los hechos descritos en la presente Recomendación, violaron el derecho humano a la protección de la salud, a vivir una vida libre de violencia (obstétrica) y al trato digno en agravio de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, ya que tenían el deber de cuidado que debían y podían observar, en su calidad de garantes de la salud, que deriva de los artículos 33, fracciones I y II, de la Ley General de Salud, que en términos generales establece que *“Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica”; y II. “Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno”;* mientras que el artículo 61 Bis dispone que *“Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud [...], con estricto respeto de sus derechos humanos”.*

Inobservancia de la normatividad sobre el expediente clínico

79. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advierte que las notas médicas de la atención brindada a V1 y V2 en el Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro” del IMSS en el Distrito Federal, se observó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR7, AR8, AR9, AR10, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21 y AR22, omitieron asentar el nombre completo, cargo, rango, matrícula del médico tratante y algunos datos son ilegibles, por lo que infringieron los lineamientos establecidos en los puntos 5.10 y 5.11 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del Expediente Clínico*, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 15 de octubre de 2012 y entró en vigor el 15 de diciembre del mismo año, por lo cual es aplicable al presente caso, toda vez que los hechos ocurrieron el 11 de diciembre de 2013.
80. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, 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 le proporcionó en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.
81. La inobservancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. *“Del expediente clínico”*, han sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en las Recomendaciones 1/2011, 5/2011, 6/2011, 9/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 2/2012, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012, 58/2012, 63/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 23/2013, 24/2013, 33/2013, 46/2013, 60/2013, 86/2013, 1/2014, 2/2014, 6/2014, 8/2014, 13/2014, 14/2014, 15/2014, 20/2014, 22/2014, 24/2014, 25/2014, 29/2014, 30/2014, 33/2014, 35/2014, 37/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 11/2015, 19/2015 y 20/2015, en las que se señalaron, precisamente, las omisiones en que las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.
82. La sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la cual en el numeral 68 fijó el criterio de: *“... la relevancia del expediente médico adecuadamente integrado como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, 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”.*
83. Derivado de lo anterior, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19 y AR20, vulneraron los derechos a la protección de la salud, a vivir una vida

- libre de violencia (obstétrica) y al trato digno en agravio de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, contenidos en los artículos 1o., párrafos primero, segundo y tercero, 4o., párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1o., 2o., fracciones I, II y V; 3o., fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV; 32, 33, 51, primer párrafo; 61, fracciones I; 61 Bis de la Ley General de Salud; 8, fracción I y II, 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica; 1, 4, fracción III, 6, 7, 8, 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, así como el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993, relativa a la “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimiento para la prestación del servicio” y NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, además de la Guía de Referencia Rápida, Diagnóstico de Apendicitis Aguda del Gobierno Federal.
- 84.** En los numerales 12.1 (Atención médica) y 12.2 (Servicios médicos apropiados para la mujer embarazada) de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; 1, 4, inciso b, 7 incisos a) y b), 8 inciso a) de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará); 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); 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 12.1 y 12.2, inciso d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; I, VII 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; señalan 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 prestación 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 tal efecto las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho, en especial de las mujeres embarazadas.
- 85.** 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, para proteger, promover y restaurar la salud de las personas. En el presente caso, el personal médico del Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro” del IMSS en el Distrito Federal, debió considerar el estado integral de la paciente, al realizar los diagnósticos de embarazo de alto riesgo y de la apendicitis aguda que presentó V1, así como su traslado al tercer nivel de atención con mayor capacidad diagnóstica y terapéutica, lo cual hubiese contribuido a evitar que V1 presentara la apendicitis que favoreció y condicionó la pérdida del producto de la gestación, V2. De acuerdo con las consideraciones expuestas, se omitieron por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19 y AR20, responsables de su atención.
- 86.** El derecho al trato digno “es la 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”.² En el presente caso se advierte que éste se vulneró en agravio de V1 que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, al no recibir una atención médica que satisficiera sus necesidades en su estado de salud.
- 87.** AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21 y AR22 incumplieron las obligaciones contenidas en los artículo 8º, fracciones I, VI 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 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.

² Soberanes Fernández, José Luis (coord.), *Manual para la calificación de hechos violatorios de los derechos humanos*. México, Editorial Porrúa/CNDH, 2008, p. 273.

Reparación integral del daño

88. Es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1o., párrafo tercero, y 113, segundo párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 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, prevé la posibilidad de que, al evidenciarse 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 debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley. Para tal efecto en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 62, 64, fracciones I, II y VII, 73 fracción V, 74, 88, fracción II, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del “Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”, de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 15 de enero de 2015, al acreditarse violaciones a los derechos humanos por violencia obstétrica, inadecuada atención médica y trato digno en agravio de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, se deberá inscribir a V1 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral.
89. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “*Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*” adoptados por la Organización de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 2005, y en diversos criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se establece que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.
90. En su sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas), “*Caso Espinoza González vs. Perú*”, en los párrafos 300 y 301, la Corte Interamericana de Derechos Humanos enunció que: “[...] toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, además precisó que “*las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos.*”
91. Sobre el “*deber de prevención*” la Corte Interamericana de Derechos Humanos, sostuvo que: “[...] abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan 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, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte”.³ En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos de V1, que derivó en la afectación

³ Sentencia del 29 de julio de 1988, *Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras* (Fondo), párrafo 175.

y pérdida del producto de la gestación, V2, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados.

I. Daño al proyecto de vida

92. En el presente caso, los actos y omisiones atribuibles a los servidores públicos mencionados causaron un daño al proyecto de vida de V1, puesto que la pérdida del producto de la gestación, V2, originó un menoscabo de su desarrollo personal. Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, concibió “el proyecto de vida” como “[...] la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas [...] se asocia al concepto 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 rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad. Difícilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si carece de opciones para encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación. Esas opciones poseen, en sí mismas, un alto valor existencial”.⁴

II. Rehabilitación

93. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se debe brindar a V1 la atención médica y/o psicológica que requiera, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcance su total sanación física, psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos. Esta atención durante su desarrollo y su conclusión, podrá ser valorada por el personal con especialidad de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

III. Satisfacción

94. En el presente caso, la satisfacción comprende que las autoridades recomendadas deberán iniciar las investigaciones respectivas con motivo de las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1 que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2. Para este Organismo Nacional no pasó desapercibido que a través del oficio 5870 de 31 de julio de 2014, el Coordinador de Atención al Derechohabiente dio vista de la queja de Q1 al Titular del Área de Quejas del Órgano Interno de Control del IMSS, al ser procedente la queja para su trámite y resolución.

IV. Garantías de no repetición

95. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, por ello, es necesario que las autoridades del IMSS implementen los cursos de capacitación y manuales señalados en el punto segundo Recomendatorio a todo el personal del referido hospital, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos de las mujeres embara-

⁴ Sentencia de 27 de noviembre de 1998 (Reparaciones y Costas), *Caso Loayza Tamayo vs. Perú*, párrafos 147 y 148.

zadas. De igual forma, los manuales y cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad

V. Compensación

96. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, se considera necesario que las autoridades del IMSS otorguen una compensación a V1 conforme a derecho corresponda, derivado de la afectación a su salud, del daño a su proyecto de vida y por la pérdida del producto de la gestación, V2, cuyo monto deberá establecerse en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, como consecuencia de la responsabilidad en que incurrió el personal médico del Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro” del IMSS en el Distrito Federal, en los términos descritos en esta Recomendación.
97. 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; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con elementos de convicción suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente y formule la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra el personal médico involucrados.

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 tomen las medidas para reparar el daño ocasionado a V1, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro” del IMSS en el Distrito Federal, involucrado en los hechos, derivada de la inadecuada atención médica, violencia obstétrica y trato indigno en agravio de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, que tuvieron como consecuencia una afectación al proyecto de vida de V1, que incluyan una indemnización o compensación y rehabilitación, y se le proporcione atención médica, psicológica, con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Diseñar e impartir un curso integral a todos los servidores públicos adscritos al Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro”, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos con perspectiva de género transversal, y de conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas señaladas en la presente recomendación y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se instruya que los servidores públicos del Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro”, en el Distrito Federal, 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 con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se giren las instrucciones respectivas para emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Zona No. 32 “Doctor Mario Madrazo Navarro”, en la que se les requiera entregar copia de la

certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas de conformidad a las disposiciones de la Secretaría de Salud, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado para atender casos similares al presente, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno del Control del IMSS, contra AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21 y AR22, relacionados con los hechos de la presente Recomendación y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Se colabore debidamente en la integración de la indagatoria que se inicie con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de la República, por ser AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19 y AR20, servidores públicos federales, y remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos la constancias que acrediten dicha colaboración.

SÉPTIMA. Inscribir a V1 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

98. 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 de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1o., párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.
99. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.
100. Con el mismo fundamento jurídico, solicito 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 su aceptación, de lo contrario dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.
101. 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
LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ

Sobre el caso de violencia obstétrica e inadecuada atención médica de V1, y la pérdida del producto de la gestación V2, en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 del IMSS en Toluca, Estado de México

Síntesis

1. El 8 de julio de 2012, V1 (mujer de 35 años de edad y con 33.5 semanas de gestación) presentó escalofríos, vómito y escasos movimientos de V2 en su vientre, decidió acudir al área de urgencias del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicado en Toluca, Estado de México, en donde a las 10 horas aproximadamente fue valorada por un médico de turno quien le indicó que presentaba amenaza de parto prematuro por lo que debía ser internada (sin que en esa fecha se le realizara monitoreo alguno a V2), posteriormente una doctora o asistente "le reiteró que no sentía los movimientos de su bebé". Al siguiente día se le practicó un ultrasonido y se le informó que la frecuencia cardíaca de V2 era baja y que era necesario intervenirla de manera inmediata para evitar complicaciones. La víctima señaló que después de que se le practicó la cesárea, se le informó que V2 tenía tres horas de haber fallecido.
2. El 11 de julio de 2012 se le notificó a V1 que se le tenía que intervenir quirúrgicamente debido a que presentaba una "ascitis con datos de sangrado de tubo digestivo alto" y se le sometió a una laparotomía exploratoria, no obstante, el estado de salud de V1 se complicó, por lo que se solicitó su traslado al Hospital General Regional No. 220 del IMSS donde fue atendida adecuadamente. Al continuar con el deterioro de sus funciones orgánicas, el 17 del mismo mes y año se le trasladó al Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", del Centro Médico Nacional "La Raza", del Distrito Federal, e ingresó a la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de "choque séptico con punto de partida abdominal, falla orgánica múltiple: respiratoria-renal-hematológica-hemodinámica-neurológica-hepática puerperio-tardío quirúrgico" (SFA+ÓBITO), nosocomio en el que recibió un manejo adecuado, su estado de salud evolucionó de manera favorable y fue egresada e internada el 30 de julio de 2012 para recibir atención post-quirúrgica tardía en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 del IMSS.
3. El 20 de mayo de 2013, V1 presentó queja ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se inició el expediente CNDH/1/2013/4208/Q de cuya integración se observó que el

caso era competencia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) por tratarse de un conflicto entre una derechohabiente de servicios médicos y un prestador de los mismos, se determinó remitir la queja a la citada instancia, dar vista al Órgano Interno de Control del IMSS y solicitar a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente en ese Instituto brindar apoyo y protección a la víctima y sus familiares, resolución que le fue notificada a V1 el 26 de septiembre de 2013.

4. El 21 de noviembre de 2013, V1 solicitó que este Organismo Nacional se pronunciara respecto del caso. Después de realizar su estudio se determinó la reapertura del expediente de queja CNDH/1/2013/4208/Q, se inició el diverso CNDH/1/2014/288/Q en términos del artículo 108 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y se requirió el informe respectivo al IMSS.
5. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran los expedientes CNDH/1/2013/4208/Q y CNDH/1/2014/288/Q, en términos de lo dispuesto por el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos de V1 por inadecuada atención médica, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, atribuibles a personal médico del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 del IMSS, ubicado en Toluca, Estado de México, en atención a las siguientes consideraciones:

A) Inadecuada atención médica.

Violación a la protección de la salud y pérdida de la vida del producto de la gestación

6. El 8 de julio de 2012, V1 presentó escalofríos y vómito en 2 ocasiones y malestar general con antecedente de 6 días por lo que acudió al Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, donde fue atendida por AR1, quien le diagnosticó de manera inadecuada que se trataba de "un malestar general compatible con un cuadro gripal". El citado médico le restó importancia al vómito y a los escalofríos y omitió señalar en la nota de ingreso la hora y su especialidad.

7. En la exploración obstétrica que se le realizó a V1, AR1 reportó un producto único vivo (PUVI), situación libre (SL), frecuencia cardíaca fetal (FCF) de 135 latidos por minuto, sin contracciones uterinas, con movimientos fetales presentes, diagnosticó a V1 con “amenaza de parto pretérmino” e indicó como plan de manejo valorar hospitalización, aplicar uteroinhibidores, elaborar examen general de orina y laboratoriales (sin especificar cuáles). El mencionado galeno “omitió realizar un adecuado interrogatorio” y “establecer que se trataba de un embarazo de alto riesgo” al integrar el diagnóstico de “amenaza de parto pretérmino”, debió “solicitar valoración inmediata por ginecoobstetricia y ultrasonido para confirmar la edad de gestación” y realizar la prueba de fibronectina fetal a fin de “descartar alguna complicación materno fetal” y poder establecer el tratamiento a seguir, incumpliendo la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 6 de enero de 1995, relativa a la “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimiento para la prestación del servicio”.
8. V1 se quedó internada (sin que de las notas médicas se pueda saber en qué servicio), y a las 10:00 horas del 8 de julio de 2012 fue valorada por AR2, quien inició la “Hoja de vigilancia y atención del parto” (partograma), en la que señaló que el motivo de la consulta era dolor obstétrico/náusea, vómito y pronóstico de amenaza de parto pretérmino, a pesar de lo cual omitió “diagnosticar un embarazo de alto riesgo”, además de “solicitar la práctica de una ultrasonografía urgente para evaluar la edad gestacional y longitud cervical, así como la prueba de fibronectina fetal” (proteína que actúa como un tipo de adhesivo y ayuda al saco amniótico a adherirse al revestimiento del útero de la madre), estudios que se encuentran establecidos en la *Guía de Práctica Clínica* “Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino” publicada en 2009 por el Consejo de Salubridad General y que está considerada en el Catálogo Maestro de ese Instituto con la clave 063-08.
9. Descartando los factores de riesgo y sin corroborar la edad gestacional de V2, AR2 “omitió la administración de maduradores [...] para mejorar y favorecer la madurez pulmonar en caso de un pronto trabajo de parto por tratarse de un producto prematuro de 33.5 semanas de gestación”, como se recomienda en la *Guía de Práctica Clínica* “Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino”, en la que se establece como tratamiento farmacológico para estos casos la administración de dos dosis de 12 miligramos de betametasona o dexametasona intramuscular con intervalo de 12 a 24 horas.
10. El 8 de enero de 2012, AR1 registró la frecuencia cardíaca fetal a partir de las 12:30 horas y hasta las 16:00 horas, la cual osciló dentro de los rangos normales, y omitió “el registro de la actividad uterina, el número de contracciones cada diez minutos, medir la frecuencia cardíaca y respiratoria, presión arterial y temperatura maternos”, dejando de atender los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, en cuya Introducción acepta que “La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos”, y establece especificaciones en los numerales 5.1.1., 5.1.3. y 5.1.5. al respecto, situación que tuvo como consecuencia que no se advirtieran oportunamente las complicaciones que afectaron al producto de la gestación, V2, y que derivaron en su pérdida.
11. De la “Nota de ingreso a piso” del 8 de julio de 2012 elaborada a las 18:30 horas, se desprende que los estudios de laboratorio practicados a V1 arrojaron como resultado tiempos de coagulación alargados, indicativos de un proceso séptico en evolución, lo que pasó inadvertido para AR3, quien inició un manejo médico a base de antibiótico del tipo de la ampicilina por el “proceso infeccioso sin investigar su origen, omitió solicitar valoración por medicina interna” para el manejo de la urgencia obstétrica, incumpliendo con la Ley General de Salud, que en el artículo 27, fracciones III y IV, dispone que la atención médica materno-infantil es un servicio básico del derecho a la protección de la salud.
12. V1 permaneció sin vigilancia de las 16:00 a las 18:30 horas del 8 de julio de 2012, momento en que fue valorada por AR3, quien omitió “valorar las condiciones fetales”, dado que “no hay registro de la frecuencia cardíaca fetal”, además de no diagnosticar el “embarazo de alto riesgo”, a pesar de tener criterios para ello, como la prematuridad y leucocitosis de 14.4 mililitros reportados en esa misma fecha por el laboratorio, lo que indicaba un proceso infeccioso agregado, del cual tampoco investigó la causa limitándose a indicar antibiótico y continuar con el tocolítico sin aplicar maduradores pulmonares.
13. AR3 señaló que se le realizó a V1 una ultrasonografía (USG), el 8 de julio de 2012, en la que se apreció un producto único vivo en posición cefálica, longitudinal dorso a la derecha (DD), índice de líquido amniótico 9 centímetros (normal 3-8) y placenta grado III, indicativo de que la paciente presentaba un polihidramnios (aumento de la cantidad normal de líquido amniótico), lo que se traduce en una placenta madura para la edad gestacional del producto, “situaciones que pasaron desapercibidas” y que tuvieron “como consecuencia el fallecimiento del producto de la gestación” debido a que se omitió “calificar a la paciente con embarazo de alto riesgo y [...] emergencia obstétrica por el proceso infeccioso que no se identificó y por la presencia de polihidramnios”.
14. A las 21:45 horas de 8 de julio de 2012, V1 fue valorada por AR4, quien no realizó una exploración detallada, incumpliendo con la 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, al omitir una valoración integral del binomio materno fetal y omitir identificar el foco infeccioso grave para el binomio madre-producto”.

15. V1 permaneció toda la noche sin vigilancia estrecha (sin poder especificar el servicio médico que la estaba tratando), y hasta las 9:30 horas del 9 de julio de 2012, fue valorada por AR5, el cual indicó que V1 presentó “un vómito, sin especificar las características de éste” (si era de contenido alimentario o biliar), y al palpar el útero lo encontró grávido hipertónico (aumento del tono uterino); omitió verificar si había actividad uterina (contracciones); indicó la misma administración de orciprenalina y solicitó una ultrasonografía, pero no de forma urgente a pesar de que la paciente presentaba una infección con foco no determinado y polihidramnios, con lo que puso “en riesgo al binomio madre-producto”, por tratarse de una emergencia obstétrica.
16. V1 continuó sujeta a “un manejo inadecuado”, debido a que no se advierte una vigilancia estrecha, como lo demuestra el hecho de no haber documentado el momento en que V2 presentó bradicardia y sufrimiento fetal, “diagnósticos que ameritaban interrupción inmediata del embarazo mediante una operación vía cesárea”; hasta las 15:30 horas del día 9 de julio de 2012 (6 horas después de haber sido valorada por AR5), AR6 estableció el diagnóstico de bradicardia fetal persistente, sin hipertonia uterina y solicitó que V1 bajara a la unidad de tococirugía (UTQ) de forma urgente para que se le realizara el registro cardiotocográfico (método de evaluación fetal que registra simultáneamente la frecuencia cardíaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas), un perfil biofísico (método ecográfico basado en un sistema de puntuación, utilizado en la medicina para determinar el bienestar de un feto durante un embarazo de alto riesgo), y de acuerdo a los resultados de los mismos se valorara la interrupción del embarazo vía abdominal.
17. AR6 no dio seguimiento al caso, no se realizaron los estudios señalados en el párrafo anterior, omitió oxigenar a V1 para disminuir en la medida de lo posible la asfixia perinatal y excluyó practicar una operación por cesárea urgente, lo que tuvo como consecuencia la pérdida del producto de la gestación. “La presencia de bradicardia fetal es una emergencia obstétrica y por lo tanto una indicación absoluta para la realización de la cesárea urgente”; la cirugía fue realizada de forma tardía, por lo que se presentó la pérdida de V2 dentro del seno materno (óbito).
18. Previo consentimiento informado, la operación de cesárea fue realizada por AR7, quien señaló que el producto del sexo masculino se extrajo muerto (óbito) a las 17:41 horas, con un peso de 2,050 gramos, talla de 45 centímetros, sin referencia de alteraciones o malformaciones congénitas al exterior; información que permite “establecer que desde el punto de vista clínico se trataba de un producto sí viable” al cual no se le brindó la oportunidad de vida al omitir AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, desde el ingreso de V1, diagnosticar que se presentaba un embarazo de alto riesgo.
19. “La posible muerte del producto dentro del seno materno (óbito) era previsible” si se hubiera atendido y diagnosticado a tiempo el embarazo de alto riesgo lo que pasó inadvertido por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 quienes brindaron una inadecuada atención médica a V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2. El manejo médico inadecuado que recibió V1 también se confirmó con la descripción de la técnica quirúrgica elaborada por AR7, en la que describió la presencia de un mioma gigante (crecimiento del músculo del endometrio) en la pared lateral derecha del útero de aproximadamente 15 centímetros del cual se omitió mencionar el tratamiento que se le brindó al mismo, hallazgo que no modificó de modo alguno la muerte del producto, pero sí evidenció la inadecuada atención médica que se proporcionó a V1.
20. AR7 indicó que la placenta se encontraba con múltiples calcificaciones; sin embargo, el ultrasonido realizado el día 8 de julio de 2012 no reportó la presencia de las mismas, sólo indicó que la placenta presentaba un grado de madurez de III y un índice de líquido amniótico de 9 centímetros (normal 3-8), es decir, sugerente de un polihidramnios (más cantidad de líquido amniótico de lo normal), mientras que AR7 señaló en la nota postquirúrgica que se encontró con oligohidramnios severo (menos cantidad de líquido amniótico de lo normal) de 0 a 2 centímetros, lo cual demuestra la falta de vigilancia obstétrica estrecha en una paciente con embarazo de alto riesgo que evolucionó a una emergencia obstétrica, lo que evidenció que pasó inadvertido “el momento en el cual se rompió el saco amniótico” y se produjo “la salida del líquido amniótico, de tal manera que cuando se realizó la operación cesárea”, AR7 reportó el oligohidramnios severo.
21. El hecho de que la ruptura del saco amniótico haya pasado desapercibida, condicionó que se presentara otra complicación del embarazo muy grave denominada corioamnioítis (infección del contenido amniótico, esto es, feto, cordón y líquido amniótico, que es causa importante de morbilidad materna y fetal, incluyendo el parto prematuro y la sepsis neonatal), complicación grave que pasó inadvertida para los médicos tratantes y en particular por AR7.
22. En relación a la pérdida de V2, quedó establecido en el certificado de muerte fetal que se derivó por afectación de oligohidramnios, complicación que era previsible y no se observó por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 debido a que no detectaron a tiempo la ruptura del saco amniótico. Igualmente, se señaló como causa de su pérdida la interrupción de la circulación materno fetal, sin fundamento clínico-médico para sustentar esta patología, ya que no se indicó que V2 hubiese presentado problemas con el cordón umbilical, desprendimientos placentarios o malformaciones congénitas, y las calcificaciones placentarias no se corroboraron por no contar con el reporte histopatológico de esa pieza quirúrgica.
23. AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, desde el ingreso de V1, incumplieron la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993 y de la *Guía de Práctica Clínica* “Diagnóstico y Manejo del Parto Pre-término”, debido a que no realizaron un adecuado interrogatorio, no determinaron si se trataba de un embarazo normoevolutivo, no calificaron el riesgo obstétrico, ni practicaron ultrasonidos

- previos o estudios de laboratorio; no definieron si se aplicó toxoide tetánico, no descartaron algún compromiso fetal o placentario, ni advirtieron el momento de la ruptura de membranas, ni indicaron el monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal y presión arterial cada diez minutos, excluyeron oxigenar a V1, no previeron ni detectaron los riesgos para su salud y la de V2, ya que debieron establecer que se trataba de un embarazo de alto riesgo y atender la emergencia obstétrica, causando, con tales omisiones, la pérdida del producto de la gestación, V2.
- 24.** La pérdida fetal intrauterina (óbito) “se debió a oligohidramnios severo y proceso infeccioso agregado que no fue diagnosticado ni manejado adecuada y oportunamente” por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, a pesar de que V1 se encontraba en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 que cuenta con el personal médico y la infraestructura especializada para atender este tipo de complicaciones graves.
- 25.** AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, dejaron de observar el contenido de la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, la cual ha sido referida en sus Recomendaciones 5/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 6/2013, 7/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 5/2015 y 7/2015, emitidas por esta Comisión Nacional, en las que se hace hincapié en la importancia de llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica, el personal médico debe detectar en forma oportuna el sufrimiento fetal del producto, dar un correcto seguimiento del embarazo y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal; acciones que en el presente caso no se llevaron a cabo.
- 26.** La Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, 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 garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”. También consideró que “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 el más alto nivel de salud”.
- 27.** El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General 14 sobre “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, en el apartado relativo a “La mujer y el derecho a la salud” indicó que: “21. Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos”.
- 28.** En el presente caso, fue transgredido el derecho a la protección de la salud de V1, lo cual derivó en la pérdida del producto de la gestación, V2. Sobre el particular, los artículos 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1, 10.2, incisos a., b. y d., del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”; I, VII y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, disponen que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, entendida como el más alto nivel de bienestar físico, social y mental; la necesidad de asegurar el más alto nivel de este derecho para todos los individuos, especialmente de las mujeres en estado de gravidez, el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, y el deber de adoptar las medidas necesarias para su plena efectividad, entre las que debe figurar la reducción de la mortalidad. Siendo aplicables, además, los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 en relación con el artículo 1.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José”; y 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

B) Inadecuada atención médica postquirúrgica por cesárea

- 29.** El manejo médico que posterior a la cesárea se le brindó a V1 fue inadecuado, porque la paciente presentó un proceso infeccioso grave en cavidad uterina denominado corioamnioítis considerado como una sepsis puerperal (infección del tracto genital que ocurre en el periodo transcurrido entre la rotura de membranas o el nacimiento y los 42 días postparto), respecto de la cual se le administró tratamiento de doble esquema de antimicrobianos por presentar fetidez de la cavidad uterina, sin que se tenga constancia escrita en el expediente clínico de que

- se hubiese tomado muestra para cultivo y confirmar la existencia del proceso infeccioso a nivel de cavidad uterina, por lo que se omitió la aplicación de las recomendaciones contenidas en la Guía de Práctica Clínica "Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal", publicada en 2009, por el Consejo de Salubridad General, en la que se señala que este tipo de pacientes deberán iniciar tratamiento a base de esquemas de antibiótico de amplio espectro, teniendo como primera elección el uso del antibiótico denominado carbapenémicos.
30. A las 23:15 horas del día 9 de julio de 2012, V1 ingresó al tercer piso del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 donde fue atendida por AR8, quien le realizó una exploración e indicó que los loquios (sangre, moco y tejido vaginal postcesárea) eran escasos, omitiendo señalar las características de los mismos como lo son el olor, color y cantidad, además de que descartó solicitar estudios de laboratorio como la biometría hemática, pruebas de coagulación, pruebas de funcionamiento hepático y valoración urgente por especialista en terapia intensiva.
 31. A las 10:10 horas del 10 de julio de 2012, AR9 solicitó la toma de biometría hemática completa y tiempos de coagulación, continuando el esquema de doble antibiótico a base de clindamicina y cefotaxima, cuando lo indicado era la administración de antibióticos del tipo de carbapenémicos como el imipenem, de acuerdo a lo que establece la Guía de Práctica Clínica "Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal"; además, omitió solicitar pruebas de funcionamiento hepático, ya que los tiempos de coagulación se reportaban alargados desde el 8 de julio de 2012, de haberlo hecho se hubiese percatado que V1 presentaba una infección grave y generalizada que puso en peligro la vida de la paciente. A las 16:55 horas del 10 de julio de 2012, AR10 ordenó la transfusión de dos paquetes de plasma a V1, sin dejar asentado, en la nota de evolución, el fundamento clínico para la transfusión.
 32. El estado clínico de V1 se deterioró y el 11 de julio de 2012 a las 12:00 horas, AR9 la reportó con distensión abdominal muy importante, peristalsis disminuida (movimientos intestinales disminuidos), herida quirúrgica bien afrontada pero con secreción amarillenta, al tacto vaginal loquios no fétidos, integrando hasta esa fecha el diagnóstico de corioamniotitis y probable íleo postquirúrgico, e indicó continuar con el manejo de los antibióticos establecidos; pero omitió la toma de muestra para cultivo, aun cuando estaba indicado para V1 por la sepsis puerperal que cursaba, para posterior ajuste adecuado de antimicrobiano.
 33. AR9 señaló que en el reporte de laboratorio los tiempos de coagulación se encontraban alargados indicativo de proceso séptico instalado, reportó a V1 como delicada y solicitó pruebas de funcionamiento hepático para el siguiente día, sin embargo, omitió "solicitar valoración urgente por medicina interna y/o terapia intensiva" a pesar de tener criterios para ello, como la sepsis puerperal por corioamniotitis postquirúrgico mediato que V1 presentaba.
 34. El 11 de julio de 2012 a las 11:34 horas se le realizó a V1 un ultrasonido pélvico, el cual reportó que el útero se encontraba en condiciones de normalidad con presencia de líquido desde la cavidad abdominal al hueco pélvico, razón por la que programó se le practicara una laparotomía exploradora (LAPE), siendo ésta una cirugía abdominal para la búsqueda del origen de la colección de líquido, patología que era una urgencia quirúrgica que se llevó a cabo a las 14:40 horas de ese día por parte de AR11 y AR12, encontrando colección abdominal de líquido de 500 centímetros cúbicos, sin que se cuente con evidencia escrita de que se hubiera enviado muestra para histopatología y se determinara el origen del líquido en la cavidad; además, se le realizó colecistectomía (extracción quirúrgica de la vesícula biliar), por encontrarla de 7X3 centímetros (normal de 5X7) con lodo biliar.
 35. Durante el transquirúrgico de laparotomía exploratoria se le tomaron a V1 muestras de pruebas de funcionamiento hepático las cuales salieron alteradas, lo que significó que el proceso de sepsis puerperal evolucionó a una falla orgánica múltiple (una disfunción progresiva y en ocasiones secuencial de sistemas fisiológicos en presencia de un cuadro de sepsis sistémica que afecta órganos "blanco" como lo son el hígado, riñón, pulmón, páncreas y cerebro), entidad de alta mortalidad que pasó desapercibida por los médicos tratantes; también se describió inflamación de páncreas, integrando diagnóstico de pancreatitis, complicaciones que ameritaban un "manejo médico urgente, en un servicio de terapia intensiva y en un hospital de tercer nivel de atención".
 36. El 11 de julio de 2012 se llevó a cabo el traslado de V1 al Hospital General Regional No. 220, donde fue ingresada a la sala de "choque" con estado de gravedad extrema, sitio en el que fue valorada adecuadamente por un especialista en cuidados intensivos quien integró el diagnóstico de choque mixto e ingresó a V1 de inmediato a hospitalización con manejo multisistémico y multiorgánico, toma de laboratoriales de control que confirmaron una coagulación intravascular diseminada con datos de CID (coagulación intravascular diseminada, estado de gravedad en el cual se consumen las plaquetas condicionando un estado hemorrágico severo), probable pancreatitis y sangrado de tubo digestivo alto (STDA), "todas estas complicaciones derivadas del proceso séptico denominado sepsis puerperal que no fue diagnosticado ni tratado de forma correcta y oportuna en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221".
 37. De manera correcta e inmediata le fueron transfundidos a V1 dos plasmas frescos congelados, cinco concentrados plaquetarios y una unidad de concentrado eritrocitario, se le valoró adecuadamente por los servicios de neurología, neurocirugía y ginecología, además de realizarse tomografía tóraco abdominal por presentar derrame pleural como complicación de la falla orgánica múltiple, y fue valorada por especialista en hematología, por presentar trombocitopenia (disminución de las plaquetas), manejo que permitió una transitoria mejoría, siendo trasladada el 17 de julio de 2012 en mejores condiciones a un hospital de tercer nivel.

38. A las 22:50 horas de 17 de julio de 2012, V1 ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional “La Raza” del Distrito Federal, en donde permaneció hasta el 27 de ese mes y año, con tratamiento de la falla renal, hepática y neurológica, evolucionando de forma favorable y permitiendo su traslado por mejoría al de cirugía general, en el que permaneció tres días más, con manejo médico adecuado, seguimiento y vigilancia estrecha, egresando el 30 de julio de 2012.
39. El 31 de julio de 2012, V1 ingresó al Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8, donde se le dio seguimiento y tratamiento médico a sus problemas gastrointestinales, continuó con tratamiento para la función hepática y rehabilitación por dolor en muñeca derecha al presentar tendinitis *De Quervain* (irritación de los tendones en la base del pulgar, secundario a una canalización prolongada), siendo adecuado el manejo que recibió.
40. La atención médica otorgada a V1 en el Hospital General Regional No. 220 y en el Centro Médico Nacional “La Raza” fue adecuada, y salvó la vida de V1, a pesar de la falla orgánica múltiple que presentaba, considerada de alta mortalidad, resultado del manejo médico inadecuado que recibió en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, y con un seguimiento médico correcto en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8.
41. Las irregularidades de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 en la atención médica proporcionada a V1 y V2 en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, no permitieron establecer un diagnóstico adecuado de la salud en la que se encontraba el binomio materno-fetal y de la urgencia obstétrica que requería, lo que implicó que no se diera un tratamiento médico oportuno, propiciando el sufrimiento fetal del producto de la gestación, V2, y su posterior pérdida, así como las complicaciones que V1 presentó en su salud y que pusieron en riesgo su vida; convalidándose así la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y la pérdida del producto de la gestación, V2, y con ello la responsabilidad que en materia de derechos humanos es atribuible a servidores públicos del IMSS.
42. AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, vulneraron el derecho a la protección de la salud de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, y en el deterioro de la salud de V1 por inadecuada atención médica postquirúrgica por cesárea, lo que transgrede lo previsto en los artículos 1o., párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1o., 2o., fracciones I, II y V, 3o., fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 33, fracciones I y II, 51, primer párrafo, 61, fracción I y 61 Bis de la Ley General de Salud; 8o., fracciones I y II, 9o., 48 y 99 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; el contenido de la Norma Oficial Mexicana 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”, de la *Guía de Práctica Clínica* “Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino” y de la *Guía de Práctica Clínica* “Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal”. También incumplieron las obligaciones contenidas en los artículos 8o., fracciones I y XXIV de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y 303 de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación de 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.
43. En los numerales 12.1 y 12.2, incisos a) y d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 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 “Protocolo de San Salvador”; 12.1 y 12.2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; 3, 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; I, VII y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 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 prestación 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 tal efecto las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho, en especial de las mujeres embarazadas. Los referidos 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”.

C) Violencia obstétrica

44. La indebida atención de V1, se tradujo en violencia institucional por parte de diversos médicos del IMSS, pues en términos de los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III, de su Reglamento, tienen la obligación de evitar “dilatarse, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”, entre ellas, la obstétrica, “aplicar las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia” y “respetar los derechos humanos de las mujeres”.

45. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética ha definido a la violencia obstétrica como “el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y las organizaciones sociales de mujeres interesadas en la erradicación de estas prácticas, han reiterado que la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una expresión de la violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a la protección de su salud, que también está relacionado con el ejercicio de otros derechos humanos vitales para una vida digna y libre de violencia de las mujeres en todas las etapas de su vida.
46. Atendiendo los diversos conceptos que existen en las Leyes de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en los Estados de Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo y Tamaulipas, y lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se llegó a la convicción de que la violencia obstétrica es una modalidad de violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una inadecuada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer, derivada de una inadecuada acción u omisión en la prestación de servicios médicos, trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros, afectando también la relación materno-fetal.
47. La especial protección que deben gozar las mujeres durante su embarazo, contemplada en diversos instrumentos internacionales de la materia, en el presente caso implicaba que el binomio materno-fetal debió recibir atención médica de calidad y con calidez, de manera expedita, eficiente y oportuna; el Estado tenía el deber de adoptar medidas positivas, concretas y orientadas a la satisfacción del derecho de protección de la salud. Lo anterior se robustece con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que prevé en los artículos 35 y 46, la responsabilidad del Estado para prevenir, atender, sancionar y erradicar con perspectiva de género la violencia en contra de las mujeres; “brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas”, y “asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”.
48. AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 violaron los derechos humanos a la protección de la salud y el derecho a vivir una vida libre de violencia (obstétrica), ya que tenían a su cargo el deber de cuidado de V1 y V2, en su calidad de garantes del derecho a la protección de la salud de las víctimas, que deriva del artículo 33, fracciones I y II, de la Ley General de Salud, que establece que “Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica”; y “II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno”; y el artículo 61 Bis dispone que “Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud [...], con estricto respeto de sus derechos humanos”.
49. La violencia obstétrica ejercida contra V1, vulneró sus derechos a la integridad personal (física, psíquica y moral) y a la protección de su salud, previstos en los artículos 12.1 y 12.2 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; 5 en conexión con el artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 1, 2, 3, 10.1, 10.2.a., 10.2.b., 10.2.c. y 10.2.f. del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”; I, II y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; de cuya interpretación integral resulta que el Estado, a través de sus instituciones públicas de salud, está obligado a garantizar que las mujeres tengan acceso en igualdad de condiciones, a servicios de salud acordes a sus necesidades derivadas de su embarazo, parto y puerperio. De igual forma, se trasgredió lo dispuesto por los artículos 3, 4, incisos b) y e); 7, incisos a) y b) de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”, que establecen el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia; el deber del personal de las instituciones públicas de abstenerse de cualquier acto de violencia contra la mujer; y de actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar, sancionar y erradicar cualquier forma de violencia contra la mujer.

D) Inobservancia de la normatividad sobre el expediente clínico

50. AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 incumplieron con 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, vigente en la época en que ocurrieron los hechos materia de este pronunciamiento, debido a que sus notas médicas son ilegibles, carecen de horarios, firma, fechas, signos vitales, membretes de la unidad, servicio tratante de los médicos, nombres, cargos y especialidades. Las irregularidades advertidas en la integración de los expedientes clínicos representan un obstáculo para

conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose 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 las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

51. La inobservancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 "Del expediente clínico", ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en las Recomendaciones 1/2011, 5/2011, 6/2011, 9/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 2/2012, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012, 58/2012, 63/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 23/2013, 24/2013, 33/2013, 46/2013, 60/2013, 86/2013, 1/2014, 2/2014, 6/2014, 8/2014, 13/2014, 14/2014, 15/2014, 20/2014, 22/2014, 24/2014, 25/2014, 29/2014, 30/2014, 33/2014, 35/2014, 37/2014, 43/2014, 50/2014 y 5/2015 en las que se señalaron las irregularidades en las que incurre el personal médico cuando omiten realizar las notas médicas correspondientes o las mismas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan excesos de abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.
52. 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 del expediente médico, adecuadamente integrado como instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, 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".

E) Reparación integral del daño

53. En términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VII, 67, 68, 88, fracción II, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas; y artículos 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del "Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral", de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 15 de enero de 2015, al acreditarse violaciones a los derechos humanos por violencia obstétrica e inadecuada atención médica en agravio de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, e inadecuada atención médica postquirúrgica por cesárea en agravio de V1, y que tuvieron como consecuencia una afectación al proyecto de vida de V1, se le deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso, en lo conducente, al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral.
54. Los actos y omisiones atribuibles a los servidores públicos antes mencionados causaron un daño al proyecto de vida de V1, puesto que la pérdida del producto de la gestación, V2, originó un menoscabo de su desarrollo personal. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en su sentencia de 27 de noviembre de 1998 (Reparaciones y Costas), Caso Loayza Tamayo contra Perú, párrafos 147 y 148, concibió "el proyecto de vida" como "[...] la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas [...] se asocia al concepto 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 rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad. Dificilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si carece de opciones para encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación. Esas opciones poseen, en sí mismas, un alto valor existencial".
55. La atención médica y psicológica que se preste a V1, conforme a la Ley General de Víctimas, deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcance su total sanación física, psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género; deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, e incluir la provisión de medicamentos. Esta atención durante su desarrollo y su conclusión, podrá ser valorada por el personal con especialidad victimológica de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
56. Los cursos de capacitación y manuales señalados en los puntos Segundo y Tercero Recomendatorios deberán proporcionarse a todo el personal que labora en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, se deberán buscar estrategias para que dichos cursos y manuales sean extensivos al personal que labora en todos los nosocomios del IMSS en el Estado de México; deberán ser efectivos para combatir los hechos que dieron origen a la presente Recomendación. Los cursos deberán ser impartidos por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos y atención de urgencia a mujeres con embarazo de alto riesgo. Los manuales y cursos referidos deberán

estar disponibles de forma electrónica y en línea, ello con el objetivo de permitir su consulta de forma accesible y lograr una mayor difusión.

57. Sobre el “deber de prevención” la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en su sentencia del 29 de julio de 1988, “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” (Fondo), párrafo 175, sostuvo que: “[...] abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan 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, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte.” Los hechos descritos constituyen una infracción al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2.
58. A efecto de calificar el cumplimiento del punto Cuarto Recomendatorio, relacionado con la colaboración en la denuncia que presentará este Organismo Nacional, deberán informarse las acciones de colaboración que han realizado, atendiendo los requerimientos de la instancia investigadora de forma oportuna y completa; y realizar las acciones correspondientes, a efecto de que se inicien las investigaciones penales en contra de todos los servidores públicos señalados en la presente Recomendación.
59. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos formuló al Director General del IMSS las siguientes:

Recomendaciones

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar el daño ocasionado a V1, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, involucrado en los hechos, derivado de la violencia obstétrica e inadecuada atención médica en agravio de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, e inadecuada atención médica postquirúrgica por cesárea en agravio de V1, que tuvieron como consecuencia una afectación al proyecto de vida de V1, que incluyan una indemnización o compensación y rehabilitación, y se le proporcione atención médica, psicológica, con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se diseñe e imparta, en los hospitales del IMSS en el Estado de México a su cargo, especialmente en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos con perspectiva de género transversal, y de conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, así como de las Guías Prácticas Clínicas emitidas por el Consejo de Salubridad General, las cuales se incluyen en el Catálogo Maestro del IMSS, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento, se remitan a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, y las demás constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se instruya la elaboración y repartición de manuales a los servidores públicos del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 del IMSS, a fin de que 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, en las normas oficiales mexicanas correspondientes, y se envíe a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. 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.

QUINTA. Se giren las instrucciones respectivas para emitir una circular dirigida a los médicos del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, en la que se disponga entregar copia de la certificación o, en su caso, recertificación que se 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 con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Inscribir a V1 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

México, D. F., a 30 de julio de 2015

Sobre el caso de violencia obstétrica e inadecuada atención médica de V1, y la pérdida del producto de la gestación V2, en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 del IMSS en Toluca, Estado de México.

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 1o., párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1o., 3o., primer párrafo, 6o., 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, y 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias de los expedientes CNDH/1/2013/4208/Q y CNDH/1/2014/288/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 4o., párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes, y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. El 8 de julio de 2012, V1 (mujer de 35 años de edad y con 33.5 semanas de gestación) presentó escalofríos, vómito y escasos movimientos de V2 en su vientre, decidió acudir al área de urgencias del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicado en Toluca, Estado de México, en donde a las 10 horas aproximadamente fue valorada por un médico de turno quien le indicó que presentaba amenaza de parto prematuro por lo que debía ser internada (sin que en esa fecha se le realizara monitoreo alguno a V2), luego de lo cual una doctora o asistente *“le reiteró que no sentía los movimientos de su bebé”*. Al siguiente día se le practicó un ultrasonido y se le informó que la frecuencia cardiaca de V2 era baja y que era necesario intervenirla de manera inmediata para evitar complicaciones, sin embargo, según lo señaló la víctima, después de que se le practicó la cesárea se le informó que V2 tenía tres horas de haber fallecido.
4. El 11 de julio de 2012 se le notificó a V1 que nuevamente se le tenía que intervenir quirúrgicamente debido a que presentaba una *“ascitis con datos de sangrado de tubo digestivo alto”* y se le sometió a una laparotomía exploratoria, no obstante, el estado de salud de V1 se complicó lo que motivó que se solicitara su traslado al Hospital General Regional No. 220 del IMSS donde fue atendida adecuadamente. Al continuar con el deterioro de sus funciones orgánicas, el 17 del mismo mes y año se le trasladó al Hospital de Especialidades *“Dr. Antonio Fraga Mouret”*, del Centro Médico Nacional *“La Raza”*, del Distrito Federal, e ingresó a la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de *“choque séptico con punto de partida abdominal, falla orgánica múltiple: respiratoria-renal-hematológica-hemodinámica-neurológica-hepática puerperio-tardío quirúrgico”* (SFA+Ó-BITO), nosocomio en el que recibió un manejo adecuado por lo que su estado de salud evolucionó de manera favorable y fue egresada e internada el 30 de julio de 2012 para recibir atención post-quirúrgica tardía en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 del IMSS.

5. El 20 de mayo de 2013, V1 presentó queja ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos con lo que se inició el expediente CNDH/1/2013/4208/Q de cuya integración se observó que el caso era competencia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) por tratarse de un conflicto entre una derechohabiente de servicios médicos y un prestador de los mismos, se determinó remitir la queja a la citada instancia, dar vista al Órgano Interno de Control del IMSS y solicitar a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente en ese instituto brindar apoyo y protección a la víctima y sus familiares, resolución que le fue notificada a V1 el 26 de septiembre de 2013.
6. El 21 de noviembre de 2013 V1 solicitó que fuera este Organismo Nacional quien conociera y se pronunciara respecto del caso. Después de realizar su estudio se determinó la reapertura del expediente de queja CNDH/1/2013/4208/Q, se inició el diverso CNDH/1/2014/288/Q en términos del artículo 108 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y se requirió el informe respectivo al IMSS.

II. EVIDENCIAS

7. Expediente CNDH/1/2013/4208/Q iniciado con motivo de la queja presentada el 20 de mayo de 2013 por V1 ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, del que destacan las siguientes evidencias:
 - 7.1. "Solicitud de servicios dentro de la Unidad de Medicina Familiar" No. 223 del IMSS de 11 de enero de 2012, a través de la cual se envió a V1 para la práctica de estudios de laboratorio y gabinete, para descartar amenaza de aborto.
 - 7.2. Nota médica de "Vigilancia y atención del parto" de V1 (partograma) elaborada a las 10:00 horas del 8 de julio de 2012 por AR2, en la que diagnosticó amenaza de parto pretérmino.
 - 7.3. Nota médica de "Vigilancia y atención del parto" de V1 de 8 de julio de 2012, en la que se precisó la frecuencia cardíaca fetal de V2.
 - 7.4. Hoja de "Notas médicas y prescripción" de 8 de julio de 2012 suscrita a las 10:00 horas por AR2, en la que indicó aplicar orciprenalina a V1.
 - 7.5. "Nota de ingreso a piso" de las 18:30 horas de 8 de julio de 2012 suscrita por AR3, en la que indicó la práctica de una ultrasonografía a V1, misma que reportó un producto único vivo en posición cefálica, índice de líquido amniótico de 9 centímetros y placenta grado de madurez III.
 - 7.6. "Nota médica de evolución nocturna" de las 21:45 horas de 8 de julio de 2012 suscrita por un médico del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, en la que se advirtió que V1 presentaba una tensión arterial de 100/60, sin pérdidas transvaginales, sin actividad uterina y con frecuencia cardíaca fetal de 132 por minuto.
 - 7.7. Nota médica de evolución matutina de las 9:30 horas del 9 de julio de 2012 suscrita por AR5, en la que reportó que V1 presentó vómito, tensión arterial de 130/80, útero grávido hipertónico y frecuencia cardíaca fetal de 140 por minuto, y recomendó continuar con la aplicación de orciprenalina.
 - 7.8. "Nota de evolución y prequirúrgica" realizada a las 15:30 horas del 9 de julio de 2012 por AR6, en la que diagnosticó bradicardia fetal 1 persistente, sin hipertonia uterina, y solicitó pasar a V1 a la unidad de tococirugía de forma urgente para registro cardiotocográfico y perfil biofísico.
 - 7.9. "Notas médicas y prescripción" emitidas a las 15:40 y 17:00 horas del 9 de julio de 2012 por AR6 y AR7, respectivamente, en las que indicaron valorar y preparar a V1 para que se le practicara una intervención quirúrgica de cesárea.
 - 7.10. "Hoja de consentimiento informado" elaborada a 17:00 horas del 9 de julio de 2012, en la que consta que AR7 informó a V1 el diagnóstico de "*Primigesta de 35 años de edad, embarazo de 34 semanas por USG (ultrasonografía) y FUM (fecha de última menstruación) (mas) bradicardia fetal persistente*"; y para su mejoría se le sugirió el procedimiento consistente en cesárea tipo Kerr.
 - 7.11. "Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica" de V1 emitida el 9 de julio del 2012 por AR7, en la que asentó como diagnóstico preoperatorio bradicardia fetal persistente; e indicó que a las 17:41 horas le extrajo producto "*óbito [...] sexo masculino, con un peso 2050 gramos, talla de 45 cm.,*

presencia de mioma gigante en pared lateral derecha de útero de 15 cm. aprox., ausencia de líquido amniótico. Placenta con múltiples calcificaciones [...] cavidad uterina muy fétida [...]”.

7.12. “Nota postquirúrgica” elaborada a las 19:00 horas del 9 de julio de 2012 por AR7, en la que determinó que V1 presentó oligohidramnios severo (cantidad de líquido amniótico menor de lo normal), mioma intramural en pared lateral derecha gigante (15 centímetros aproximadamente), placenta muy calcificada, cavidad uterina muy fétida.

7.13. Certificado de muerte fetal de V2 en el que se anotó como causas del fallecimiento: *“Recién nacido afectado por oligohidramnios e interrupción de la circulación materno fetal”*.

7.14. “Nota de ingreso a piso 3” realizada a las 23:15 horas del 9 de julio de 2012 por AR8, en la que indicó que V1 presentó loquios (secreción vaginal) hemáticos escasos.

7.15. “Nota de evolución matutina” emitida a las 10:10 horas del 10 de julio de 2012 por AR9, en la que ordenó tomar a V1 un estudio de laboratorio y recabar los de puerperio postquirúrgico, continuar con la aplicación de doble esquema de antibioterapia, clindamicina y cefolaxima.

7.16. “Nota de evolución vespertina” de V1 efectuada a las 16:55 horas del 10 de julio de 2012 por AR10, en la que ordenó la transfusión de dos paquetes de plasma y aplicación de doble esquema de antibióticos.

7.17. “Nota de evolución matutina” realizada a las 12:00 horas del 11 de julio de 2012 por AR9, en la que estableció que V1 presentó distensión abdominal muy importante, peristalsis disminuida, herida quirúrgica con secreción amarillenta, loquios no fétidos, con corioamnioitis (inflamación aguda de la membranas placentarias, de origen infeccioso que se acompaña de la infección del contenido amniótico, esto es, feto, cordón y líquido amniótico) y probable íleo posquirúrgico (interrupción aguda del tránsito intestinal).

7.18. Nota médica emitida a las 12:00 horas del 11 de julio de 2012 por AR9, en la que indicó que a las 11:34 horas de ese día se le practicó a V1 un ultrasonido pélvico en el que se observó *“Útero heterogéneo en involución”*, presencia de líquido amniótico desde cavidad abdominal hasta hueco pélvico y se le programó para realizarle una laparotomía exploradora por probable *“lesión de órgano vecino”*.

7.19. “Nota de ingreso a labor y prequirúrgico” de 11 de julio de 2012 suscrita por AR11, en la que indicó que a V1 *“Nunca se [le] tomaron pruebas de función Hepática o Renal”*.

7.20. “Hoja de interconsulta y/o solicitud de traslado” del 11 de julio de 2012, en la que AR11 señaló que se pidió enviar a V1 al servicio de la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Regional No. 220 para manejo y complementación de diagnóstico.

7.21. “Nota de choque” de las 18:09 horas del 11 de julio de 2012, en la que se indicó que V1 ingresó al Hospital General Regional No. 220 con diagnóstico de choque mixto, con datos de coagulación intravascular diseminada alta posibilidad por óbito fetal, probable pancreatitis biliar, STDA (sangrado de tubo digestivo alto), probable EVC (evento vascular cerebral) hemorrágico, coagulopatía secundaria. Dicha nota carece de nombre y firma del médico que la elaboró.

7.22. “Nota de valoración e ingreso a la unidad de cuidados intensivos” elaborada a las 20:00 horas del 11 de julio de 2012 por un médico del Hospital General Regional No. 220, en la que asentó el ingreso de V1 a esa unidad para brindarle soporte multiorgánico, transfusión de dos plasmas frescos congelados, cinco concentrados plaquetarios y una de concentrado eritrocitario.

7.23. “Nota de neurocirugía y valoración” elaborada a las 22:00 horas del 11 de julio de 2012 por un médico del Hospital General Regional No. 220, en la que se observó que V1 presentó un cuadro clínico de deterioro neurológico agudo, severo y multicausal, ordenando una tomografía de cráneo simple urgente.

7.24. “Nota de ginecología” de las 23:30 horas del 11 de julio de 2012 suscrita por AR8, en la que hizo constar que V1 evoluciona del puerperio complicado.

7.25. “Nota de revaloración del servicio de neurocirugía” realizada a las 03:01 horas del 12 de julio de 2012, en la que se precisó que de acuerdo a la tomografía de cráneo V1 no requería de manejo quirúrgico.

7.26. “Nota de evolución del servicio de ginecología y obstetricia” elaborada a las 11:40 horas del 12 de julio de 2012, en la que se indicó que V1 continuaba grave y con pronóstico muy reservado.

7.27. “Nota de evolución matutina de la unidad de cuidados intensivos” efectuada a las 12:30 horas del 12 de julio de 2012, en la que se indicó que V1 continuaba con pronóstico reservado.

- 7.28.** “Nota de evolución de la unidad de cuidados intensivos turno vespertino”, elaborada a las 19:00 horas del 12 de julio de 2012, en la que se reportó a V1 con un pronóstico de *“más de 90 por ciento de mortalidad por falla multiorgánica”*.
- 7.29.** “Nota de la unidad de cuidados intensivos turno nocturno” elaborada a las 02:00 horas del 13 de julio de 2012 por un médico del Hospital General Regional No. 220, en la que reportó a V1 con pronóstico muy grave y alto riesgo de mortalidad por las disfunciones que cursaba, y que requería de mayor apoyo aminérgico y envió a un hospital de tercer nivel.
- 7.30.** “Nota de evolución matutina del servicio de ginecología y obstetricia” de las 09:20 horas del 13 de julio de 2012, en la que se diagnosticó a V1 con estado de salud muy grave.
- 7.31.** “Nota de evolución de medicina crítica” de las 23:00 horas del 13 de julio de 2012, en la que se indicó que V1 se encontraba muy grave.
- 7.32.** “Resumen clínico y traslado a 3 nivel de atención” elaborado a las 16:00 horas del 16 de julio de 2012, por un médico del Hospital General Regional No. 220, en el que señaló que V1 requería valoración hematólogica, continuar con soporte en terapia intensiva y pronóstico muy grave.
- 7.33.** Reporte de tomografía axial computarizada (TAC) toracoabdominal simple realizado a las 19:30 horas del 16 de julio de 2012, en el que se informó que V1 presentó derrame pleural bilateral.
- 7.34.** Nota médica de las 20:40 horas del 16 de julio de 2012, en la que consta que se canceló el traslado de V1 para que se le practicara una tomografía debido a que presentó desaturación hasta del 50 por ciento y se le reportó muy grave.
- 7.35.** “Nota médica de interconsulta de hematología” elaborada a las 12:00 horas del 17 de julio de 2012 por una médica del Hospital General Regional No. 220, en la que señaló que el pronóstico de V1 era *“reservado para la vida y la función de corto plazo”*.
- 7.36.** “Nota de egreso de la unidad de cuidados intensivos”, en la que se estableció que V1 ingresó al Hospital de Especialidades *“Dr. Antonio Fraga Mouret”* del Centro Médico Nacional *“La Raza”* el *“17 JULIO 2012”* [sic] y egresó el *“27/07/12”* [sic].
- 7.37.** “Hoja de alta” de V1 emitida por médicos del Centro Médico Nacional *“La Raza”*, en la que señalaron que V1 ingresó el *“19/07/2012”* [sic], fecha en la que se le realizó una cirugía de laparotomía exploratoria, y que egresó el *“30/07/2012”* [sic].
- 7.38.** Informe rendido por el Jefe de Cirugía General del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 *“Gilberto Flores Izquierdo”*, en el que informó al director de ese nosocomio sobre la atención médica que se le brindó a V1 del 1º de agosto de 2012 al 10 de enero de 2013.
- 7.39.** Oficios 71250, 71251 y 71252, todos de 26 de septiembre de 2013, dirigidos a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente y al Órgano Interno de Control del IMSS, a través de los cuales se les remitió la queja formulada por V1 para la atención y efectos procedentes.
- 8.** Expediente CNDH/1/2014/288/Q iniciado por esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos con motivo de la reapertura del diverso CNDH/1/2013/4208/Q, del que destacaron las siguientes constancias:
- 8.1.** “Transcripción de nota médica” del 8 de julio de 2012, remitida por personal de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, en la que consta que AR1 diagnosticó que V1 presentó malestar general compatible con un cuadro gripal.
- 8.2.** “Transcripción de nota médica” del 11 de julio de 2012, remitida por personal de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, en la que AR12 describió las técnicas utilizadas en las intervenciones quirúrgicas de laparotomía exploratoria mas colesistostomía que se le practicaron a V1.
- 8.3.** “Transcripción de Nota Postquirúrgica” elaborada a las 16:30 horas del 11 de julio de 2012 por AR11, remitida por personal de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, en la que consta que durante el transquirúrgico se recabaron los resultados de laboratorio de V1, *“tomados en el momento de ingreso a quirófano”*, de los que se concluyó *“probable pancreatitis”*.
- 8.4.** Oficio 5639 del 6 de febrero de 2014, con el que este Organismo Nacional solicitó a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS, un informe detallado y completo respecto

de las gestiones y acciones llevadas a cabo por el IMSS para la atención y solución del caso de V1, que le fue remitido el 26 de septiembre de 2013.

8.5. Oficio 95217614621/0335 del 12 de febrero de 2014, mediante el cual el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, informó a este Organismo Nacional que, respecto de la queja de V1, se inició el Expediente de Queja No. 1 para investigación, en términos del Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el IMSS *“cuyo resultado será sometido a la aprobación de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico, y en su oportunidad, informado tanto al interesado como a esa Comisión Nacional”*.

8.6. Opinión médica elaborada el 3 de marzo de 2014 por peritos médicos de este Organismo Nacional, en la que establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención proporcionada a V1 y V2 en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Toluca, Estado de México.

8.7. Escrito del 22 de julio de 2014 suscrito por V1, a través del cual remitió a este Organismo Nacional el oficio 95217614620/825 de 7 de mayo de 2014 signado por el Titular de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS, y el Acuerdo del 8 de abril del mismo año, emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico de ese Instituto, en el que se determinó que: *“La atención otorgada [a V1] fue adecuada y oportuna, sus complicaciones obedecieron a la naturaleza, gravedad y evolución de su padecimiento”*.

8.8. Actas Circunstanciadas del 8 y 9 de enero de 2015 en las que constan las llamadas telefónicas realizadas por un Visitador Adjunto de esta Comisión Nacional a la CONAMED y al Órgano Interno de Control en el IMSS, para requerirles información relacionada con el caso de V1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

9. El 20 de mayo de 2013, V1 presentó queja ante este Organismo Constitucional Autónomo en la que manifestó que el 8 de julio de 2012 acudió al Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, ubicado en Toluca, Estado de México, a fin de que la atendieran por los malestares que presentaba, nosocomio en el que recibió una inadecuada atención médica que ocasionó graves afectaciones a su salud y que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2.
10. Personal de este Organismo Nacional al realizar la calificación de la queja observó que los hechos versaban sobre un conflicto médico entre un derechohabiente y el prestador del servicio, por lo que determinó remitir el caso a la CONAMED, dar vista al Órgano Interno de Control en el IMSS y solicitar el apoyo de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente de ese Instituto; resolución que le fue notificada a V1 a través del oficio 71249 de 26 de septiembre de 2013.
11. El 21 de noviembre de 2013, V1 solicitó que fuera esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos la que conociera y se pronunciara respecto de su queja, lo que motivó que este Organismo Nacional reabriera el expediente respectivo al que se le asignó el número CNDH/1/2014/288/Q, de cuya integración se observó que la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, se debió a un oligohidramnios severo y a un proceso infeccioso, aunado a las complicaciones que V1 presentó en su estado de salud como consecuencia de una sepsis puerperal, entidad grave de elevada morbi-mortalidad producida por corioamnionitis e infección del tracto genital; padecimientos que no fueron diagnosticados ni manejados adecuada y oportunamente por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, galenos adscritos a un nosocomio con recursos e infraestructura especializada para detectar y tratar este tipo de emergencias médicas.
12. Esta Comisión Nacional mediante oficio 5639 del 6 de febrero de 2014, solicitó a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS información sobre las acciones realizadas por la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública, respecto del oficio 71251 del 26 de septiembre de 2013, a través del cual este Organismo Nacional le comunicó que se envió copia del expediente de queja a la CONAMED para su análisis y determinación, y que se diera vista al Órgano Interno de Control en ese Instituto para la investigación administrativa respectiva, brindara apoyo y protección a las víctimas y, en los

- casos que fuera necesario a sus familiares. Al respecto, el titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS señaló mediante oficio 95217614621/0335 de 12 de febrero de 2014 que se abrió el Expediente de Queja No. 1 *“cuyo resultado será sometido a la aprobación de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico, y en su oportunidad, informado tanto al interesado como a esa Comisión Nacional”*.
13. El 22 de julio de 2014 V1 presentó en esta Comisión Nacional un escrito al que anexó copia del Acuerdo emitido el 8 de abril de 2014 por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, respecto del Expediente de Queja No. 1 en el que se determinó que *“La atención otorgada [a V1] fue adecuada y oportuna”* y que sus complicaciones obedecieron a la naturaleza, gravedad y evolución de su padecimiento.
 14. El 8 de enero de 2015, la Dirección de Área Jurídica de la Dirección General de Orientación y Gestión de la CONAMED, informó con relación a la vista que se le dio con el oficio 71250 del 26 de septiembre de 2013, que se hizo el registro correspondiente del presente caso, sin embargo que *“no se inició como un asunto de su conocimiento por no contar con los elementos necesarios para conocer de la problemática”* de V1, a quien se le enviaron dos oficios en los que se le requirió se identificara y señalara sus pretensiones específicas respecto del asunto, dando respuesta a uno de ellos el cual no contó con los elementos requeridos por lo que determinó desechar el folio consecutivo 27911.
 15. El 9 de enero de 2015, la Auditora del Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el IMSS Delegación Estado de México Poniente, informó respecto de la vista que se le dio a través del oficio 71252 del 26 de septiembre de 2013, *“que ellos aún no tienen [...] una notificación de probables irregularidades en el asunto y entonces no tienen iniciada queja administrativa o bien un procedimiento administrativo”* por parte del Área de Normatividad del Área Central de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS.

IV. OBSERVACIONES

16. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran los expedientes CNDH/1/2013/4208/Q y CNDH/1/2014/288/Q, en términos de lo dispuesto por el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos de V1 por inadecuada atención médica, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, atribuibles a personal médico del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 del IMSS, ubicado en Toluca, Estado de México, en atención a las siguientes consideraciones:

A. Inadecuada atención médica. violación a la protección de la salud y pérdida de la vida del producto de la gestación

17. El 8 de julio de 2012, V1 presentó escalofríos y vómito en 2 ocasiones y malestar general con antecedente de 6 días por lo que acudió al Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, donde fue atendida por AR1, quien le diagnosticó de manera inadecuada que se trataba de *“un malestar general compatible con un cuadro gripal”*. Al respecto, peritos de este Organismo Nacional observaron que el citado médico le restó importancia al vómito y a los escalofríos y omitió señalar en la nota de ingreso la hora y su especialidad.
18. En la exploración obstétrica que se le realizó a V1, AR1 reportó un producto único vivo (PUVI), situación libre (SL), frecuencia cardíaca fetal (FCF) de 135 latidos por minuto, sin contracciones uterinas, con movimientos fetales presentes, diagnosticó a V1 con *“amenaza de parto pretérmino”* e indicó como plan de manejo valorar hospitalización, aplicar uteroinhibidores, elaborar examen general de orina y laboratoriales (sin especificar cuáles). De lo señalado se observó que el mencionado galeno *“omitió realizar un adecuado interrogatorio”* y *“establecer que se trataba de un embarazo de alto riesgo”* al integrar el diagnóstico de *“amenaza de parto pretérmino”*, debió *“solicitar valoración inmediata por ginecobstetricia y ultrasonido para confirmar la edad de*

- gestación” y realizar la prueba de fibronectina fetal a fin de “descartar alguna complicación materno fetal” y poder establecer el tratamiento a seguir, incumpliendo con la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995, relativa a la “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimiento para la prestación del servicio”, “al omitir detectar y prevenir la morbimortalidad materno fetal.”*
19. V1 se quedó internada (sin que de las notas médicas se pueda saber en qué servicio), y a las 10:00 horas del 08 de julio de 2012 fue valorada por AR2 (médico de quien se desconoce su especialidad), quien inició la “Hoja de vigilancia y atención del parto” (partograma), en la que señaló que el motivo de la consulta era dolor obstructivo/náusea, vómito y pronóstico de amenaza de parto pretérmino, a pesar de lo cual omitió *“diagnosticar un embarazo de alto riesgo”, además de “solicitar la práctica de una ultrasonografía urgente para evaluar la edad gestacional y longitud cervical, así como la prueba de fibronectina fetal”* (proteína que actúa como un tipo de adhesivo y ayuda al saco amniótico a adherirse al revestimiento del útero de la madre), estudios que hubieran permitido aplicar el mejor tratamiento a seguir, mismos que se encuentran establecidos en la *Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino”* publicada en 2009 por el Consejo de Salubridad General y que está considerada en el Catálogo Maestro de ese Instituto con la clave 063-08.
 20. Descartando los factores de riesgo y sin corroborar la edad gestacional de V2, AR2 inició manejo farmacológico a base de soluciones mixtas y administración de orciprenalina (medicamento tocolítico que inhibe las contracciones uterinas prematuras a partir de la semana 20 y hasta la semana 37 del embarazo o hasta alcanzar la madurez pulmonar del producto), *“omitió la administración de maduradores [...] para mejorar y favorecer la madurez pulmonar en caso de un pronto trabajo de parto por tratarse de un producto prematuro de 33.5 semanas de gestación”,* como se recomienda en la precitada *Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino”,* en la que se establece como tratamiento farmacológico para estos casos la administración de 2 dosis de 12 miligramos de betametasona o dexametasona intramuscular con intervalo de 12 a 24 horas.
 21. Los peritos médicos de esta Comisión Nacional advirtieron que en la “Hoja de vigilancia y atención de parto” del 8 de enero de 2012, AR1 registró la frecuencia cardíaca fetal a partir de las 12:30 horas y hasta las 16:00 horas, la cual osciló entre 128 la mínima y 144 la máxima, parámetros que se consideran dentro de los rangos normales, y que omitió *“el registro de la actividad uterina, el número de contracciones cada diez minutos, medir la frecuencia cardíaca y respiratoria, presión arterial y temperatura maternos”,* dejando de atender los lineamientos establecidos en la precitada *Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993,* publicada en el *Diario Oficial de la Federación* del 6 de enero de 1995, y en cuya Introducción acepta que *“La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos”* y establece especificaciones en los numerales 5.1.1., 5.1.3. y 5.1.5. al respecto, situación que tuvo como consecuencia que no se advirtieran oportunamente las complicaciones que afectaron al producto de la gestación, V2, y que posteriormente derivaron en su pérdida.
 22. De la “Nota de ingreso a piso” del 8 de julio de 2012 elaborada a las 18:30 horas, se desprende que los estudios de laboratorio practicados a V1 arrojaron como resultado leucocitosis de 14.4 mililitros (normal de 4 a 10), tiempos de coagulación alargados como lo es el tiempo de protrombina (TP) 15.9 segundos (normal 11.5 a 13.5) y tiempo de tromboplastina parcial (TTP) 58.9 segundos (normal 35 a 43), indicativos de un proceso séptico en evolución, lo que pasó inadvertido para AR3 (médica que no señaló su especialidad), quien inició un manejo médico a base de antibiótico del tipo de la ampicilina por el *“proceso infeccioso sin investigar su origen, omitió solicitar valoración por medicina interna”* para el manejo de la urgencia obstétrica, incumpliendo con la *Ley General de Salud,* que en el artículo 27, fracciones III y IV, dispone que la atención médica materno-infantil es un servicio básico del derecho a la protección de la salud.
 23. De acuerdo con las notas médicas se pudo observar que V1 permaneció sin vigilancia de las 16:00 a las 18:30 horas del 8 de julio de 2012, momento en que fue valorada por AR3, quien la reportó con tensión arterial de

- 100/60, frecuencia cardiaca 80, frecuencia respiratoria 20 y temperatura 36°C; pero omitió “*valorar las condiciones fetales*”, dado que “*no hay registro de la frecuencia cardiaca fetal*”, además de no diagnosticar el “embarazo de alto riesgo”, a pesar de tener criterios para ello, como la prematuridad y leucocitosis de 14.4 mililitros reportados en esa misma fecha por el laboratorio, lo que indicaba un proceso infeccioso agregado del cual tampoco investigó la causa limitándose a indicar antibiótico y continuar con el tocolítico sin aplicar maduradores pulmonares.
24. Los peritos médicos de esta Comisión Nacional observaron que AR3 señaló que se le realizó a V1 una ultrasonografía (USG) el 8 de julio de 2012, en la que se apreció un producto único vivo en posición cefálica, longitudinal dorso a la derecha (DD), índice de líquido amniótico 9 centímetros (normal 3-8) y placenta grado III, indicativo de que la paciente presentaba un polihidramnios (aumento de la cantidad normal de líquido amniótico), lo que se traduce en una placenta madura para la edad gestacional del producto, “*situaciones que pasaron desapercibidas*” y que tuvieron “*como consecuencia el fallecimiento del producto de la gestación*” debido a que se omitió “*calificar a la paciente con embarazo de alto riesgo y [...] emergencia obstétrica por el proceso infeccioso que no se identificó y por la presencia de polihidramnios*”.
 25. A las 21:45 horas de 8 de julio de 2012, V1 fue valorada por AR4 (de quien sólo se conoce su número de matrícula), quien no realizó una exploración detallada como el resto de los médicos tratantes, en virtud de que en su nota médica se limitó a señalar “*que la paciente tiene una tensión arterial de 100/60, sin pérdidas transvaginales, sin actividad uterina, con frecuencia cardiaca fetal de 132 por minuto, incumpliendo con la 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, al omitir una valoración integral del binomio materno fetal y omitir identificar el foco infeccioso grave para el binomio madre-producto*”.
 26. V1 permaneció toda la noche sin vigilancia estrecha (sin poder especificar el servicio médico que la estaba tratando), y hasta las 9:30 horas del 9 de julio de 2012, fue valorada por AR5 (médico del que no se señaló la especialidad), el cual indicó que V1 presentó “*un vómito, sin especificar las características de éste*” (si era de contenido alimentario o biliar), la reportó con tensión arterial de 130/80, frecuencia cardiaca fetal de 140 por minuto, y al palpar el útero lo encontró grávido hipertónico (aumento del tono uterino); empero omitió verificar si había actividad uterina (contracciones). Indicó la misma administración de orciprenalina y solicitó una ultrasonografía, pero no de forma urgente a pesar de que la paciente presentaba una infección con foco no determinado y polihidramnios, con lo que puso “*en riesgo al binomio madre-producto*”, por tratarse de una emergencia obstétrica.
 27. Los peritos médicos de esta Comisión Nacional observaron que V1 continuó sujeta a “*un manejo inadecuado*”, debido a que no se advierte una vigilancia estrecha, como lo demuestra el hecho de no haber documentado el momento en que V2 presentó bradicardia y sufrimiento fetal, “*diagnósticos que ameritaban interrupción inmediata del embarazo mediante una operación vía cesárea*”; sin embargo, fue hasta las 15:30 horas del día 9 de julio de 2012, esto es, 6 horas después de haber sido valorada por AR5, que AR6 (médico de la que tampoco se indica especialidad ni servicio), estableció el diagnóstico de bradicardia fetal 1 persistente, sin hipertensión uterina y solicitó que V1 bajara a la unidad de tococirugía (UTQ) de forma urgente para que se le realizara el registro cardiotocográfico (método de evaluación fetal que registra simultáneamente la frecuencia cardiaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas), un perfil biofísico (método ecográfico basado en un sistema de puntuación, utilizado en la medicina para determinar el bienestar de un feto durante un embarazo de alto riesgo), y de acuerdo a los resultados de los mismos se valorara la interrupción del embarazo vía abdominal.
 28. Se observa que AR6 no dio seguimiento al caso con lo que se establece que no se realizaron los estudios señalados en el párrafo anterior, omitió oxigenar a V1 para disminuir en la medida de lo posible la asfixia perinatal y excluyó practicar una operación por cesárea urgente, lo que tuvo como consecuencia la pérdida del producto de la gestación. “*La presencia de bradicardia fetal es una emergencia obstétrica y por lo tanto una indicación absoluta para la realización de la cesárea urgente*”; en el caso en particular la cirugía fue realizada de forma tardía debido a que la indicación de pasar a V1 para que se le practicara la cesárea fue hasta las 17:00 horas, es decir, una hora con treinta minutos después de haberse identificado la presencia de bra-

- dicardia fetal, tiempo suficiente para que se presentara la pérdida de V2 dentro del seno materno (óbito). En este sentido, la práctica oportuna de la intervención quirúrgica le habría brindado un mejor pronóstico de sobrevivencia al producto de la gestación.
29. Previo consentimiento informado y en base a la “Hoja de descripción de técnica” quirúrgica se observa que la operación de cesárea fue realizada por AR7, quien señaló que el producto del sexo masculino se extrajo muerto (óbito) a las 17:41 horas, con un peso de 2,050 gramos, talla de 45 centímetros, sin referencia de alteraciones o malformaciones congénitas al exterior; información que permite *“establecer que desde el punto de vista clínico se trataba de un producto sí viable”* al cual no se le brindó la oportunidad de vida al omitir AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, desde el ingreso de V1, diagnosticar que se presentaba un embarazo de alto riesgo. Lo anterior como consecuencia de no haber realizado el protocolo adecuado para investigar las causas de los vómitos y del malestar general de 6 días de evolución que V1 presentaba, *“sintomatología que fue motivo de la consulta”*.
 30. *“La posible muerte del producto dentro del seno materno (óbito) era previsible”* si se hubiera atendido y diagnosticado a tiempo el embarazo de alto riesgo lo que pasó inadvertido por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 quienes brindaron una inadecuada atención médica a V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, a pesar de encontrarse en un hospital con especialidad en ginecoobstetricia y con personal capacitado para diagnosticar y tratar embarazos de alto riesgo. El manejo médico inadecuado que recibió V1 también se confirmó con la descripción de la técnica quirúrgica elaborada por AR7, en la que describió la presencia de un mioma gigante (crecimiento del músculo del endometrio) en la pared lateral derecha del útero de aproximadamente 15 centímetros del cual se omitió mencionar el tratamiento que se le brindó al mismo, hallazgo que no modificó de modo alguno la muerte del producto pero sí evidenció la inadecuada atención médica que se proporcionó a V1.
 31. AR7 indicó que la placenta se encontraba con múltiples calcificaciones; sin embargo, el ultrasonido realizado el día 8 de julio de 2012 no reportó la presencia de las mismas, sólo indicó que la placenta presentaba un grado de madurez de III y un índice de líquido amniótico de 9 centímetros (normal 3-8), es decir, sugerente de un polihidramnios (más cantidad de líquido amniótico de lo normal), mientras que AR7 señaló en la nota postquirúrgica que se encontró con oligohidramnios severo (menos cantidad de líquido amniótico de lo normal) de 0 a 2 centímetros, lo cual demuestra la falta de vigilancia obstétrica estrecha en una paciente con embarazo de alto riesgo que evolucionó a una emergencia obstétrica, lo que evidenció que pasó inadvertido *“el momento en el cual se rompió el saco amniótico”* y se produjo *“la salida del líquido amniótico, de tal manera que cuando se realizó la operación cesárea”*, AR7 reportó el oligohidramnios severo.
 32. Los peritos médicos de esta Comisión Nacional, observaron que el hecho de que la ruptura del saco amniótico haya pasado desapercibida, condicionó que se presentara otra complicación del embarazo muy grave denominada corioamnioitis (infección del contenido amniótico, esto es, feto, cordón y líquido amniótico, que es causa importante de morbilidad materna y fetal, incluyendo el parto prematuro y la sepsis neonatal), complicación grave que pasó inadvertida para los médicos tratantes y en particular por AR7.
 33. En relación a la pérdida de V2, quedó establecido en el certificado de muerte fetal que se derivó por afectación de oligohidramnios, complicación que era previsible y no se observó por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 debido a que no detectaron a tiempo la ruptura del saco amniótico. Igualmente, se señaló como causa de su pérdida la interrupción de la circulación materno fetal, sin fundamento clínico-médico para sustentar esta patología, ya que no se indicó que V2 hubiese presentado problemas con el cordón umbilical, desprendimientos placentarios o malformaciones congénitas, aunado a que las calcificaciones placentarias no se corroboraron por no contar con el reporte histopatológico de esa pieza quirúrgica.
 34. De lo expuesto se estableció que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, desde el ingreso de V1, incumplieron con la aplicación de la referida Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993 y de la mencionada *Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino”*, debido a que no realizaron un adecuado interrogatorio, no determinaron si se trataba de un embarazo normoevolutivo, no calificaron el riesgo obstétrico, ni practicaron ultrasonidos previos o estudios de laboratorio. Tampoco definieron si se aplicó toxoide tetánico, no descartaron algún compromiso fetal o placentario, ni advirtieron el momento de la ruptura de membranas, ni indi-

- caron el monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal y presión arterial cada diez minutos, excluyeron oxigenar a V1, no previeron ni detectaron los riesgos para su salud y la de V2, ya que debieron establecer que se trataba de un embarazo de alto riesgo y atender la emergencia obstétrica, causando, con tales omisiones, la pérdida del producto de la gestación, V2.
35. De la causa de pérdida fetal intrauterina (óbito), los peritos médicos de este Organismo Nacional observaron que la misma *“se debió a oligohidramnios severo y proceso infeccioso agregado que no fue diagnosticado ni manejado adecuada y oportunamente”* por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 como ya se señaló, a pesar de que V1 se encontraba en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 que cuenta con el personal médico y la infraestructura especializada para atender este tipo de complicaciones graves.
 36. Esta Comisión Nacional advierte que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, dejaron de observar el contenido de la citada Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, la cual ha sido referida en sus Recomendaciones 5/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 6/2013, 7/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 5/2015 y 7/2015, emitidas por esta Comisión Nacional, en las que se hace hincapié en la importancia de llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica al indicarse que el personal médico debe detectar en forma oportuna el sufrimiento fetal del producto, dar un correcto seguimiento del embarazo y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal; acciones que en el caso no se llevaron a cabo.
 37. 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, prevenir la aparición de complicaciones, mejorar la sobrevivencia materno-infantil, la calidad de vida y brindar una atención con mayor calidez.
 38. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la Recomendación General 15, *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, del 23 de abril de 2009, 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 garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”*. También consideró que *“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 el más alto nivel de salud”*. Este Organismo Nacional advirtió, además, *“el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”*.
 39. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General 14 sobre *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, en el apartado relativo a *“La mujer y el derecho a la salud”* indicó que: *“21. Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos.”*
 40. 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.

El personal médico del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 involucrado en el presente caso, debió considerar el estado integral de la paciente, realizando una adecuada valoración que les permitiera emitir un diagnóstico certero sobre el embarazo de alto riesgo que cursaba 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.

41. En el presente caso, fue transgredido el derecho a la protección de la salud de V1, lo cual derivó en la pérdida del producto de la gestación, V2. Sobre el particular, los artículos 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado el 16 de diciembre de 1966 y vigente para México desde el 12 de mayo de 1981; 10.1, 10.2, incisos a., b. y d., del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), adoptado por la Organización de Estados Americanos el 17 de noviembre de 1988, y vigente para México desde el 16 de noviembre de 1999; I, VII y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, adoptada el 2 de mayo de 1948, en Bogotá, Colombia; 25.1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, disponen que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, entendida como el más alto nivel de bienestar físico, social y mental; la necesidad de asegurar el más alto nivel de este derecho para todos los individuos, especialmente de las mujeres en estado de gravidez, el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, y el deber de adoptar las medidas necesarias para su plena efectividad, entre las que debe figurar la reducción de la mortalidad. Siendo aplicables, además, los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966 y vigente en México desde el 20 de mayo de 1981; 4.1 en relación con el artículo 1.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (“Pacto de San José”) del 22 de noviembre de 1969 y vinculante para México desde el 7 de mayo de 1981; y 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos adoptada por la ONU el 10 de diciembre de 1948.

B. Inadecuada atención médica postquirúrgica por cesárea

42. El manejo médico que posterior a la cesárea se le brindó a V1 fue inadecuado, porque la paciente presentó un proceso infeccioso grave en cavidad uterina denominado corioamnioitis considerado como una sepsis puerperal (infección del tracto genital que ocurre en el periodo transcurrido entre la rotura de membranas o el nacimiento y los 42 días post parto), respecto de la cual se le administró tratamiento de doble esquema de antimicrobianos por presentar fetidez de la cavidad uterina, sin que se tenga constancia escrita en el expediente clínico de que se hubiese tomado muestra para cultivo y confirmar la existencia del proceso infeccioso a nivel de cavidad uterina, con lo que se observó que se omitió la aplicación de las recomendaciones contenidas en la *Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal”*, publicada en 2009, por el Consejo de Salubridad General y que también está incluida en el Catálogo Maestro del IMSS, con la clave 272-10, en la que se señala que este tipo de pacientes deberán iniciar tratamiento a base de esquemas de antibiótico de amplio espectro, teniendo como primera elección el uso del antibiótico denominado carbapenémicos.
43. A las 23:15 horas del día 9 de julio de 2012, V1 ingresó al tercer piso del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 en donde fue atendida por AR8 (médico del que se desconoce especialidad), quien le realizó una exploración en la que se concretó a indicar que los loquios (sangre, moco y tejido vaginal postcesárea) eran escasos, omitiendo señalar las características de los mismos como lo son el olor, color y cantidad, además de que descartó solicitar estudios de laboratorio como la biometría hemática, pruebas de coagulación, pruebas de funcionamiento hepático y valoración urgente por especialista en terapia intensiva.
44. A las 10:10 horas del 10 de julio de 2012, AR9 (quien no precisó cargo) solicitó la toma de biometría hemática completa y tiempos de coagulación, continuando el esquema de doble antibiótico a base de clindamicina y cefotaxima, cuando lo indicado era la administración de antibióticos del tipo de carbapenémicos como el imipenem, de acuerdo a lo que establece la *Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis*

- Puerperal*"; además, omitió solicitar pruebas de funcionamiento hepático, ya que los tiempos de coagulación se reportaban alargados desde el 8 de julio de 2012, de haberlo hecho se hubiese percatado que V1 presentaba alteraciones severas compatibles con un proceso séptico, es decir, una infección grave y generalizada que puso en peligro la vida de la paciente. A las 16:55 horas del 10 de julio de 2012, AR10 ordenó la transfusión de dos paquetes de plasma a V1, sin dejar asentado, en la nota de evolución, el fundamento clínico para la transfusión.
45. El estado clínico de V1 se deterioró y el 11 de julio de 2012 a las 12:00 horas, AR9 la reportó con distensión abdominal muy importante, peristalsis disminuida (movimientos intestinales disminuidos), herida quirúrgica bien afrontada pero con secreción amarillenta, al tacto vaginal loquios no fétidos, integrando hasta esa fecha el diagnóstico de corioamnioitis y probable íleo postquirúrgico, e indicó continuar con el manejo de los antibióticos establecidos; pero omitió la toma de muestra para cultivo, aun cuando estaba indicado para V1 por la sepsis puerperal que cursaba, para posterior ajuste adecuado de antimicrobiano.
 46. AR9 señaló que en el reporte de laboratorio de tiempos de coagulación, éstos se encontraban alargados con un tiempo de protrombina de 16.5 segundos (normal 11.5 a 13.5) y el tiempo de tromboplastina parcial de 78.7 segundos (normal de 35 a 43), leucocitos de 22,900, indicativo de proceso séptico instalado, por lo que reportó a V1 como delicada y solicitó pruebas de funcionamiento hepático para el siguiente día, sin embargo, omitió *"solicitar valoración urgente por medicina interna y/o terapia intensiva"* a pesar de tener criterios para ello, como la sepsis puerperal por corioamnioitis postquirúrgico mediato que V1 presentaba.
 47. El 11 de julio de 2012 a las 11:34 horas se le realizó a V1 un ultrasonido pélvico, el cual reportó que el útero se encontraba en condiciones de normalidad con presencia de líquido desde la cavidad abdominal al hueco pélvico, razón por la que programó se le practicara una laparotomía exploradora (LAPE), siendo ésta una cirugía abdominal para la búsqueda del origen de la colección de líquido, patología que era una urgencia quirúrgica que se llevó a cabo a las 14:40 horas de ese día por parte de AR11 y AR12, encontrando colección abdominal de líquido de 500 centímetros cúbicos, sin que se cuente con evidencia escrita de que se hubiera enviado muestra para histopatología y se determinara el origen del líquido en la cavidad; además, se le realizó colecistectomía (extracción quirúrgica de la vesícula biliar), por encontrarla de 7X3 centímetros (normal de 5X7) con lodo biliar.
 48. Durante el transquirúrgico de laparotomía exploratoria se le tomaron a V1 muestras de pruebas de funcionamiento hepático las cuales salieron alteradas, lo que significó que el proceso de sepsis puerperal evolucionó a una falla orgánica múltiple (una disfunción progresiva y en ocasiones secuencial de sistemas fisiológicos en presencia de un cuadro de sepsis sistémica que afecta órganos *"blanco"* como lo son el hígado, riñón, pulmón, páncreas y cerebro), entidad de alta mortalidad que pasó desapercibida por los médicos tratantes; también se describió inflamación de páncreas, integrando diagnóstico de pancreatitis, complicaciones que ameritaban un *"manejo médico urgente, en un servicio de terapia intensiva y en un hospital de tercer nivel de atención"*.
 49. El 11 de julio de 2012 se llevó a cabo el traslado de V1 al Hospital General Regional No. 220, donde fue ingresada a la sala de *"choque"* con estado de gravedad extrema, sitio en el que fue valorada adecuadamente por un especialista en cuidados intensivos quien integró el diagnóstico de choque mixto e ingresó a V1 de inmediato a hospitalización con manejo multisistémico y multiorgánico, toma de laboratoriales de control que confirmaron una coagulación intravascular diseminada con datos de CID (coagulación intravascular diseminada, estado de gravedad en el cual se consumen las plaquetas condicionando un estado hemorrágico severo), probable pancreatitis y sangrado de tubo digestivo alto (STDA), *"todas estas complicaciones derivadas del proceso séptico denominado sepsis puerperal que no fue diagnosticado ni tratado de forma correcta y oportuna en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221"*.
 50. De manera correcta e inmediata le fueron transfundidos a V1 dos plasmas frescos congelados, cinco concentrados plaquetarios y una unidad de concentrado eritrocitario, se le valoró adecuadamente por los servicios de neurología, neurocirugía y ginecología, además de realizarse tomografía tóraco abdominal por presentar derrame pleural como complicación de la falla orgánica múltiple, también fue valorada por especialista en hematología, por presentar trombocitopenia (disminución de las plaquetas), manejo que permitió una transitoria mejoría, siendo trasladada el 17 de julio de 2012 en mejores condiciones a un hospital de tercer nivel.

51. A las 22:50 horas de 17 de julio de 2012, V1 ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional “La Raza” del Distrito Federal, en donde permaneció hasta el 27 de ese mes y año, con tratamiento de la falla renal, hepática y neurológica, evolucionando de forma favorable y permitiendo su traslado por mejoría al de cirugía general, en el que permaneció 3 días más, con manejo médico adecuado, seguimiento y vigilancia estrecha, egresando el 30 de julio de 2012.
52. El 31 de julio de 2012, V1 ingresó al Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8, donde se le dio seguimiento y tratamiento médico a sus problemas gastrointestinales, continuó con tratamiento para la función hepática y rehabilitación por dolor en muñeca derecha al presentar tendinitis *De Quervain* (irritación de los tendones en la base del pulgar, secundario a una canalización prolongada), siendo adecuado el manejo que recibió, como lo confirmó el ultrasonido de hígado y vías biliares que se le practicó el 10 de enero de 2013, en el que los resultados los reportaron dentro de límites normales.
53. Respecto de la atención médica otorgada a V1 en el Hospital General Regional No. 220 y en el Centro Médico Nacional “La Raza”, los peritos médicos de este Organismo Nacional determinaron que fue adecuada y que salvó la vida de V1, a pesar de la falla orgánica múltiple que presentaba, considerada de alta mortalidad, resultado del manejo médico inadecuado que recibió en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, y con un seguimiento médico correcto en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8.
54. En suma, las irregularidades de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 en la atención médica proporcionada a V1 y V2 en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, no permitieron establecer un diagnóstico adecuado de la salud en la que se encontraba el binomio materno-fetal y de la urgencia obstétrica que requería, lo que implicó que no se diera un tratamiento médico oportuno, propiciando el sufrimiento fetal del producto de la gestación, V2, y su posterior pérdida, así como las complicaciones que V1 presentó en su salud y que pusieron en riesgo su vida; convalidándose así la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y la pérdida del producto de la gestación, V2, y con ello la responsabilidad que en materia de derechos humanos es atribuible a servidores públicos del IMSS.
55. Este Organismo Nacional también determina que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 incumplieron las recomendaciones de la *Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino”* y de la *Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal”* supra-citadas, cuya finalidad es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, unificando criterios de diagnóstico y tratamiento que permitan la disminución de la mortalidad perinatal, de las secuelas y mortalidad materna, además de favorecer una mejor efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas, el cual es el objeto central de los servicios de salud.
56. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, vulneraron el derecho a la protección de la salud de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, y en el deterioro de la salud de V1 por inadecuada atención médica postquirúrgica por cesárea, lo que trasgrede lo previsto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*; 1º, 2º, fracciones I, II y V, 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 33, fracciones I y II, 51, primer párrafo, 61, fracción I y 61 Bis de la *Ley General de Salud*; 8º, fracciones I y II, 9º, 48 y 99 del *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*; 7, 43 y 90 del *Reglamento de Prestaciones Médicas* del IMSS; el contenido de la Norma Oficial Mexicana 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*”, de la *Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino”* y de la *Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal”*.
57. AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 también incumplieron las obligaciones contenidas en los artículos 8º, 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 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.

58. En los numerales 12.1 y 12.2, incisos a) y d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptado el 16 de diciembre de 1966 y vinculante para México desde el 12 de mayo de 1981; 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 (“Protocolo de San Salvador”) adoptado por la OEA el 17 noviembre de 1988, y vinculante para México desde el 1º de septiembre de 1998; 12.1 y 12.2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptada por la ONU el 18 de diciembre de 1979, y vigente en México desde el 12 de mayo de 1981; 3, 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por la ONU el 10 de diciembre de 1948; I, VII y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, adoptada el 2 de mayo de 1948 en Bogotá, Colombia, 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 prestación 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 tal efecto las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho, en especial de las mujeres embarazadas. Los referidos 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”.*

C. Violencia obstétrica

59. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advierte que la indebida atención de V1, se tradujo en violencia institucional por parte de diversos médicos de ese Instituto, pues en términos de los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III, de su Reglamento, tienen la obligación de evitar *“dilatarse, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”,* entre ellas, la obstétrica, *“aplicar las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia”* y *“respetar los derechos humanos de las mujeres”.*
60. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética ha definido a la violencia obstétrica como *“el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto”.*¹ Ante los alcances de la violencia obstétrica, la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como muchas organizaciones sociales de mujeres interesadas en la erradicación de estas prácticas, han reiterado que la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una expresión de la violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a la protección de su salud que también está relacionado con el ejercicio de otros derechos humanos vitales para una vida digna y libre de violencia de las mujeres en todas las etapas de su vida.
61. La violencia obstétrica es una modalidad de la violencia institucional y de género, aunque de hecho es una concepción jurídica reciente. Venezuela fue el primer país en el mundo que la incorporó a su legislación en 2007. En México se encuentra incorporada a partir de 2008 en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz (artículo 7, fracción VI); en 2009 en la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas (artículo 6, fracción VII); en 2010 en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato (artículo 5, fracción VIII); en

¹ Revista *Redbioética* de la UNESCO, año 4, volumen 1, número 7, enero-junio de 2013, p. 47.

- 2011 en la Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia para el Estado de Durango (artículo 6, fracción III); y en 2014 la Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Chihuahua (artículo 5, fracción VI); asimismo en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Quintana Roo (artículo 5 fracción VII); y la Ley para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres del Estado de Tamaulipas (artículo 3, inciso f).
62. En el caso de nuestro país, cada vez son más los sucesos sobre violencia obstétrica que se denuncian debido a que son una constante en la atención que se proporciona en las instancias de salud pública y privada a las mujeres en edad reproductiva, en particular, durante el embarazo, parto y puerperio, aun cuando existe un marco jurídico que garantiza servicios de salud adecuados para las mujeres. La violencia obstétrica, como expresión de la violencia de género, es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder que existen entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas, en labor de parto o puerperio, las cuales revelan desigualdad, porque el personal de salud, avalado por las instituciones públicas y privadas, son quienes finalmente deciden sobre los procedimientos a realizar en el cuerpo de las mujeres, subordinando las necesidades de las mismas, con lo que obstaculizan el ejercicio de sus derechos humanos. Al igual que otros tipos de violencia hacia las mujeres, la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal suerte que muchas de las mujeres que la viven creen que es normal o natural, porque al desconocer sus derechos humanos, reproducen actitudes de sumisión, en algunos casos, frente al personal de salud. Algunos médicos reproducen su rol, actitudes y prácticas sin detenerse a reflexionar si son las más adecuadas en el marco de protección de los derechos humanos de las mujeres y de sus hijos por nacer.
63. Con la finalidad de hacer visible la problemática que enfrentan las mujeres embarazadas al ejercer el derecho a la protección de la salud y buscar mecanismos de solución, este Organismo Constitucional Autónomo, en el Seminario Internacional “*Los Derechos Humanos de las Mujeres y la Igualdad en el Acceso al Derecho a la Salud Materna*” de septiembre de 2014, en el que se inició la “Cruzada Nacional Contra la Violencia Obstétrica”, en el Estado de Campeche, convocó a salvaguardar los derechos humanos de la mujer, porque sólo así habrán mejores políticas públicas y servicios “*con calidad, calidez, accesibilidad y disponibilidad*” en el rubro de la salud.
64. Atendiendo los diversos conceptos que existen en las Leyes de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en los Estados de Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo y Tamaulipas, y lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se llegó a la convicción de que la violencia obstétrica es una modalidad de violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una inadecuada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer, derivada de una inadecuada acción u omisión en la prestación de servicios médicos, trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros, afectando también la relación materno-fetal.
65. Esta Comisión Nacional considera que la especial protección que deben gozar las mujeres durante su embarazo, contemplada en diversos instrumentos internacionales de la materia, en el presente caso implicaba que el binomio materno-fetal debió recibir atención médica de calidad y con calidez, de manera expedita, eficiente y oportuna; en ese sentido, el Estado tenía el deber de adoptar medidas positivas, concretas y orientadas a la satisfacción del derecho de protección de la salud. Lo anterior se robustece con la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, que prevé en los artículos 35 y 46, la responsabilidad del Estado para prevenir, atender, sancionar y erradicar con perspectiva de género la violencia en contra de las mujeres; “*brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas*”, y “*asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres*”.
66. Se pudo corroborar por esta Comisión Nacional, que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 con motivo de los hechos descritos en la presente Recomendación, violaron los derechos humanos a la protección de la salud y el derecho a vivir una vida libre de violencia (obstétrica), ya que tenían a su cargo el deber de cuidado de V1 y V2, en su calidad de garantes del derecho a la protección de la salud

de las víctimas, que deriva de los artículos 33, fracciones I y II, de la *Ley General de Salud*, que en términos generales establece que “Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica”; y “II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno”; mientras que el artículo 61 Bis dispone que “Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud [...], con estricto respeto de sus derechos humanos”.

67. La violencia obstétrica ejercida contra V1, vulneró sus derechos a la integridad personal (física, psíquica y moral) y a la protección de su salud, previstos en los artículos 12.1 y 12.2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; 5 en conexión con el artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, adoptada por la OEA el 22 de noviembre de 1969, que entró en vigor para el Estado mexicano el 24 de marzo de 1981; 1, 2, 3, 10.1, 10.2.a., 10.2. b., 10.2.c., 10.2.f. del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”; I, II y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; de cuya interpretación integral resulta que el Estado, a través de sus instituciones públicas de salud, está obligado a garantizar que las mujeres tengan acceso en igualdad de condiciones, a servicios de salud acordes a sus necesidades derivadas de su embarazo, parto y puerperio. De igual forma, se trasgredió lo dispuesto por los artículos 3, 4, incisos b) y e); 7, incisos a) y b) de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belém do Pará”, adoptada por la OEA el 9 de junio de 1994, que entró en vigor para el Estado mexicano el 24 de marzo de 1981, que establecen el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia; el deber del personal de las instituciones públicas de abstenerse de cualquier acto de violencia contra la mujer; y de actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar, sancionar y erradicar cualquier forma de violencia contra la mujer.

D. Inobservancia de la normatividad sobre el expediente clínico

68. No pasó desapercibido el hecho de que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 médicos que tuvieron a su cargo a V1 y V2, incumplieron con 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, vigente en la época en que ocurrieron los hechos materia de este pronunciamiento, debido a que sus notas médicas son ilegibles, carecen de horarios, firma, fechas, signos vitales, membretes de la unidad, servicio tratante de los médicos, nombres, cargos y especialidades. Las irregularidades advertidas en la integración de los expedientes clínicos constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ya que representan un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también con ello, 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 las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.
69. La inobservancia de la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998 “*Del expediente clínico*”, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en las Recomendaciones 1/2011, 5/2011, 6/2011, 9/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 2/2012, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012, 58/2012, 63/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 23/2013, 24/2013, 33/2013, 46/2013, 60/2013, 86/2013, 1/2014, 2/2014, 6/2014, 8/2014, 13/2014, 14/2014, 15/2014, 20/2014, 22/2014, 24/2014, 25/2014, 29/2014, 30/2014, 33/2014, 35/2014, 37/2014, 43/2014, 50/2014 y 5/2015 en las que se señalaron, precisamente, las irregularidades en las que incurre el personal médico cuando omiten realizar las notas médicas correspondientes o las mismas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan excesos de abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.
70. La sentencia del “*Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*” de 22 de noviembre de 2007 emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el numeral 68 refiere “*la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado como instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento*”.

to acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, 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”.

E. Reparación integral del daño

71. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero, además, otra vía es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1o., párrafo tercero, y 113, párrafo segundo, de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*; 44, párrafo segundo, de la *Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos*, y 1, 2 y 9 de la *Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado*, que 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. Para tal efecto en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VII, 67, 68, 88, fracción II, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la *Ley General de Víctimas*; y artículos 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del “Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”, de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 15 de enero de 2015, al acreditarse violaciones a los derechos humanos por violencia obstétrica e inadecuada atención médica en agravio de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, e inadecuada atención médica postquirúrgica por cesárea en agravio de V1, y que tuvieron como consecuencia una afectación al proyecto de vida de V1, se le deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso, en lo conducente, al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral.
72. En el presente caso, los actos y omisiones atribuibles a los servidores públicos antes mencionados causaron un daño al proyecto de vida de V1, puesto que la pérdida del producto de la gestación, V2, originó un menoscabo de su desarrollo personal. Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en su sentencia de 27 de noviembre de 1998 (*Reparaciones y Costas*), Caso Loayza Tamayo contra Perú, concibió “el proyecto de vida” como “[...] la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas [...] se asocia al concepto 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 rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad. Difícilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si carece de opciones para encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación. Esas opciones poseen, en sí mismas, un alto valor existencial”.²
73. Por otra parte, la atención médica y psicológica que se preste a V1, conforme a la *Ley General de Víctimas*, deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcance su total sanación física, psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, con su consentimiento, brindando información

² Párrafos 147, 148.

- previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos. Esta atención durante su desarrollo y su conclusión, podrá ser valorada por el personal con especialidad victimológica de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
74. Los cursos de capacitación y manuales señalados en los puntos Segundo y Tercero Recomendatorios deberán proporcionarse a todo el personal que labora en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, aunado a que se deberán buscar estrategias para que dichos cursos y manuales sean extensivos al personal que labora en todos los nosocomios del IMSS en el Estado de México. Éstos deberán ser efectivos para combatir los hechos que dieron origen a la presente Recomendación. Dichos cursos deberán prestarse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos y atención de urgencia a mujeres con embarazo de alto riesgo. De igual forma, los manuales y cursos referidos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, ello con el objetivo de permitir su consulta de forma accesible y lograr una mayor difusión e impacto por medio de este material.
75. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”* adoptados por la Organización de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 2005, y en diversos criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se establece que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.
76. En su sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas), *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, la Corte Interamericana de Derechos Humanos enunció que: *“[...] toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”*, además precisó *“[...] que las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”*.³
77. Sobre el *“deber de prevención”* la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en su sentencia del 29 de julio de 1988, *“Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras”* (Fondo), sostuvo que: *“[...] abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan 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, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte”*.⁴ En el presente caso, los hechos descritos constituyen una infracción al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2.
78. A efecto de calificar el cumplimiento del punto Cuarto Recomendatorio, relacionado con la colaboración en la denuncia que presentará este Organismo Nacional, deberán informarse las acciones de colaboración que efectivamente han realizado, atendiendo los requerimientos de la instancia investigadora de forma oportuna y completa. Además, deberán realizarse las acciones correspondientes a efecto de que se inicien las investigaciones penales en contra de todos los servidores públicos señalados en el cuerpo de la presente Recomendación.
79. Finalmente, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1o., párrafo tercero, y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6o., fracción III, 71, 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

³ Párrafos 300 y 301.

⁴ Párrafo 175.

convicción suficientes para formular la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra el personal médico que intervino en los hechos que se consignan en el presente caso. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular, respetuosamente a usted, señor Director General del IMSS, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar el daño ocasionado a V1, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, involucrado en los hechos, derivado de la violencia obstétrica e inadecuada atención médica en agravio de V1, que derivó en la afectación y pérdida del producto de la gestación, V2, e inadecuada atención médica postquirúrgica por cesárea en agravio de V1, que tuvieron como consecuencia una afectación al proyecto de vida de V1, que incluyan una indemnización o compensación y rehabilitación, y se le proporcione atención médica, psicológica, con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se diseñe e imparta, en los hospitales del IMSS en el Estado de México a su cargo, especialmente en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos con perspectiva de género transversal, y de conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, así como de las Guías Prácticas Clínicas emitidas por el Consejo de Salubridad General, las cuales se incluyen en el Catálogo Maestro del IMSS, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento, se remitan a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, y las demás constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se instruya la elaboración y repartición de manuales a los servidores públicos del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221 del IMSS, a fin de que 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, en las normas oficiales mexicanas correspondientes, y se envíe a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. 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.

QUINTA. Se giren las instrucciones respectivas para emitir una circular dirigida a los médicos del Hospital de Gineco Obstetricia No. 221, en la que se disponga entregar copia de la certificación o, en su caso, recertificación que se 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 con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Inscribir a V1 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la *Ley General de Víctimas*, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

80. La presente Recomendación, de acuerdo con 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 las conductas irregulares cometidas 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 u otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.
81. 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.
82. Con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la presente Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional en el 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.
83. 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, o a las legislaturas de las entidades federativas según corresponda, su comparecencia para que expliquen las razones de su negativa.

EL PRESIDENTE
LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ

Sobre el caso de violación de los derechos a la libertad e integridad personal, legalidad y seguridad jurídica de V1 después de compurgar las penas de prisión impuestas

Síntesis

1. El 28 de febrero de 2013, la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León remitió a este Organismo Nacional, la queja que formuló Q1 y un escrito de V1, entonces interno en el Complejo Penitenciario "Islas Marias"; por lo que se inició el expediente CNDH/3/2013/1989/Q.
2. En la Causa penal 1, V1 ingresó al Centro Preventivo de Reinserción Social de "Topo Chico", en Monterrey, Nuevo León ("Topo Chico") y desde el 21 de septiembre de 2002 en que fue detenido empezó a compurgar la pena de prisión que se le impuso como responsable en la comisión de delitos contra la salud. El 13 de junio de 2005, estando recluso, V1 fue sentenciado a otra pena de prisión como responsable en la comisión de otros delitos contra la salud en la Causa penal 2. Las autoridades responsables de la ejecución de ambas sentencias tanto de "Topo Chico" como las del Centro Federal de Readaptación Social de Seguridad Máxima "Laguna del Toro", del Complejo Penitenciario "Islas Marias", a donde posteriormente fue trasladado, lo mantuvieron privado de su libertad hasta el 18 de julio de 2013 en que materialmente obtuvo su libertad.
3. El 3 de junio de 2010, V1 promovió "incidente no especificado sobre traslación de tipo y adecuación de sanciones y concesión de beneficios sustitutivos de la pena de prisión" ante el Juzgado Segundo de Distrito en Materia Penal en el Estado de Nuevo León, por lo que el 24 de junio de 2010, se determinó modificar la pena a 4 años y 6 meses de prisión y se ordenó su libertad por haber compurgado la referida pena. Resolución que en la misma fecha se notificó a "Topo Chico", según se aprecia en el correspondiente acuse de recibo.
4. El 30 de junio de 2010, AR2 informó al Juzgado Segundo de Distrito en Materia Penal en el Estado de Nuevo León, que el 24 de junio de 2010, V1 fue puesto en libertad con relación a la Causa penal 1, debiendo continuar recluso por lo que respecta a la Causa penal 2.
5. En la Causa penal 2, el 13 de junio de 2005, encontrándose recluso en "Topo Chico", en cumplimiento a una orden de aprehensión girada en su contra, V1 fue puesto a disposición del Juzgado Primero de Distrito en Materia Penal en el Estado de Nuevo León. Dicho Juzgado le impuso la pena el 12

- de julio de 2006, la pena de siete años y seis meses de prisión, al considerarlo penalmente responsable en la comisión del delito contra la salud en la modalidad de posesión de marihuana con fines de comercio en la variante de venta. Sanción que fue confirmada por el Primer Tribunal Unitario del Cuarto Circuito en el Estado, en ejecutoria del 13 de septiembre de 2006, debiendo compurgarla a partir del 13 de junio de 2005 hasta el 13 de diciembre de 2012.
6. El 20 de abril de 2010, V1 promovió "incidente no especificado sobre traslación de tipo y adecuación de sanciones y concesión de beneficios sustitutivos de la pena de prisión" ante el Juzgado Primero de Distrito en Materia Penal en el Estado de Nuevo León, quien el 6 de agosto de 2010, declaró procedente el incidente promovido y determinó adecuar la pena impuesta de siete años y seis meses a tres años y seis meses de prisión y requirió a las autoridades de "Topo Chico" procedieran a determinar si la sanción se encontraba compurgada. El Agente del Ministerio Público de la Federación interpuso recurso de apelación contra la resolución incidental de 6 de agosto de 2010 ante el Primer Tribunal Unitario del Cuarto Circuito, el cual, el 29 de octubre de 2010, dentro del Toca penal 1, confirmó tal resolución, fecha en que V1 debió quedar en absoluta libertad.
 7. La pena de prisión impuesta a V1 de tres años y seis meses de prisión en la Causa penal 2, debió computarse a partir del 22 de marzo de 2007, día siguiente al que compurgó la sanción impuesta en la Causa penal 1, por lo que las autoridades penitenciarias debieron ordenar su libertad el 29 de octubre de 2010.
 8. Derivado de las gestiones realizadas por este Organismo Nacional el 18 de julio de 2013, AR1 emitió el oficio, con el cual ordenó la libertad de V1 al haber cumplido las penas impuestas en las Causas penales 1 y 2.

Observaciones

9. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integra el expediente de queja CNDH/3/2013/1989/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este organismo

autónomo observa con suma preocupación de los principales derechos de la libertad e integridad personal, legalidad y seguridad jurídica, fueron violentados por las autoridades del Centro Preventivo de Reinserción Social de “Topo Chico”, en Monterrey, Nuevo León, primero, y posteriormente en el Centro Federal de Readaptación Social de Seguridad Máxima “Laguna del Toro” del Complejo Penitenciario “Islas Mariás”.

10. De las constancias recabadas por este Organismo Nacional se acreditó que la pena de cuatro años y seis meses de prisión, impuesta en Causa penal 1, debió contabilizarse a partir del 21 de septiembre de 2002, fecha de su detención y computarla hasta el 21 de marzo de 2007; la sanción de tres años y seis meses, impuesta en la Causa penal 2 contaría a partir del 22 de marzo de 2007 y darse por cumplida el 29 de octubre de 2010, fecha en que se resolvió el Toca penal 1, tomando en consideración un abono de 458 días por concepto de prisión preventiva, por lo que permaneció injustamente privado de su libertad dos años, nueve meses, 19 días.
11. Es relevante para esta Comisión Nacional resaltar que AR1 tenía la obligación de mantener actualizada la información de cada interno, es decir, para el presente caso la “situación jurídica” de V1, para tener la certeza del compurgamiento de cada pena de prisión que le fue impuesta, por lo que AR1 al incumplir con lo que la ley le establece en el artículo 15, fracción I, del Reglamento del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social que le corresponde a la Dirección General de Ejecución de Sanciones de “Supervisar que la ejecución de la pena impuesta a los internos sentenciados del fuero federal, se lleve a cabo con estricto apego a la ley y con respeto a los derechos humanos”, no verificó el cómputo de las sanciones de las mismas, sino hasta que se había excedido el término de las penas impuestas a V1, permaneciendo injustamente privado de su libertad por dos años, nueve meses y 19 días.
12. Es importante mencionar que en los traslados masivos de internos programados y autorizados por parte de la autoridad penitenciaria federal de Centros Estatales a Centros Federales o Complejos Penitenciarios, no existe normatividad o protocolo que establezca que en tales eventos se acompañen obligatoriamente los expedientes jurídico-administrativo, a fin de conocer de inmediato la situación jurídica de cada interno, esto con el fin de evitar errores que se traduzcan en violaciones de graves consecuencias, tal y como sucedió en el presente caso, en el que V1 permaneció privado de su libertad por más tiempo del que legalmente le correspondía cumplir, esto es dos años, nueve meses y 19 días.
13. Es preciso señalar que si bien es cierto “Topo Chico” tenía la custodia del agraviado por ser un interno del orden federal y encontrarse bajo su jurisdicción, también lo es que de acuerdo con lo establecido por los artículos 20, fracción IV, 22, fracciones I, II y III, 38 y 81 del Reglamento Interior de los Centros de Readaptación Social y de los Centros Preventivos de Reclusión del Estado de Nuevo León, tenía la obligación de vigilar

el cumplimiento de la sanción impuesta a los internos y de llevar el registro de las resoluciones pronunciadas por las autoridades judiciales, así como de realizar el cómputo del plazo de las sentencias y el control de la fecha de su liberación y el numeral 37, fracciones IV, V, X y XI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Seguridad Pública del Estado de Nuevo León, que refiere las atribuciones de los Alcaldes de los Centros de Reclusión del Estado (CERESOS).

14. Las conductas atribuidas al personal de AR1, AR2 y AR3 pueden ser constitutivas de responsabilidades administrativas, de conformidad con lo previsto en los artículos 8o., fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, y 50, fracciones I, XXII y LV de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios de Nuevo León, que establecen 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”, así como de “abstenerse de cualquier acto u omisión que implique incumplimiento de cualquier disposición jurídica relacionada con el servicio público”.
15. Por lo anterior, el 31 de julio de 2015 esta Comisión Nacional dirigió la Recomendación 26/2015 al señor Gobernador Constitucional del Estado de Nuevo León y al señor Comisionado Nacional de Seguridad, en los siguientes términos:

Recomendaciones

A usted señor Gobernador Constitucional del Estado de Nuevo León:

PRIMERA. Se giren instrucciones, a fin de que se tomen las medidas necesarias para la reparación del daño ocasionado a V1, en términos de la Ley de Víctimas del Estado, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la queja presente ante el Órgano Interno de Control de la Contraloría y Transparencia Gubernamental del Gobierno del Estado de Nuevo León, para que en el marco de sus facultades y atribuciones, investigue y determine las responsabilidades administrativas de los servidores públicos involucrados remitiendo a este Organismo Nacional las evidencias que le sean solicitadas, así como las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Participe debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente este Organismo Nacional ante la Procuraduría General de Justicia de Nuevo León, en contra de los servidores públicos involucrados, para que

en atención a sus atribuciones, investigue y determine las responsabilidades penales procedentes, y se envíen a esta institución las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se giren instrucciones a quien corresponda, a fin de que se tomen las medidas pertinentes con el propósito de vigilar que la ejecución de las sanciones privativas de libertad de internos del fuero federal que se encuentren alojados en los centros de reclusión del estado de Nuevo León, se aplique de manera estricta y se mantenga una constante comunicación con las autoridades federales ejecutoras de sanciones para evitar en lo subsecuente violaciones a derechos humanos con motivo de privaciones ilegales de la libertad, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con las que se dé cumplimiento.

QUINTA. Se instruya a quien corresponda, a fin de que se cuente con un registro o sistema integral de información que permita conocer con precisión la situación jurídica de las personas del fuero federal internas en los centros de reclusión de esa entidad federativa; remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias con las que se dé cumplimiento.

A usted señor Comisionado Nacional de Seguridad:

PRIMERA. Se giren instrucciones, a fin de que se tomen las medidas necesarias para la reparación del daño ocasionado a V1, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación, para que en el marco de sus facultades y atribuciones, investigue y determine las responsabilidades administrativas procedentes de los servidores públicos involucrados, remitiendo a este Organismo Nacional las evidencias que solicite, así como las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente con esta Comisión Nacional en el inicio y seguimiento de la denuncia de hechos que formule ante la Procuraduría General de la República en contra de los ser-

vidores públicos involucrados, para que en atención a sus atribuciones investigue y determine las responsabilidades penales procedentes, y se envíen a esta institución las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se giren instrucciones a quien corresponda, a fin de que se tomen las medidas pertinentes con el propósito de vigilar que el compurgamiento de las sanciones privativas de libertad de internos del fuero federal que se encuentren en establecimientos penitenciarios a cargo del Sistema Penitenciario del Estado de Nuevo León y/o de cualquier otra entidad federativa, se aplique de manera estricta para evitar en lo subsecuente violaciones a derechos humanos con motivo de privaciones ilegales de la libertad, y se informe de ello a esta Comisión Nacional.

QUINTA. Se giren instrucciones a quien corresponda, para que se proporcione capacitación y actualización en las materias de derechos humanos, derecho penitenciario y disciplinas afines a éstas, dirigidas a los servidores públicos de Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación, particularmente a quienes vigilan la ejecución de las sentencias dictadas a los internos por las autoridades judiciales a fin de que su actuación se desarrolle con apego a la legalidad y respeto a los derechos humanos, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con las que se dé cumplimiento.

SEXTA. Se giren instrucciones a quien corresponda para que se establezca un protocolo con el propósito de que cuando se trasladen internos a Centros Federales de Readaptación Social sea obligatoria la presentación del expediente único a fin de contar con la situación jurídica actualizada de los mismos, de conformidad con los artículos 28 y 29 del Reglamento de los Centros Federales de Readaptación Social.

SÉPTIMA. Se actualice el Reglamento Interno de los Centros Federales de Readaptación Social, para que se definan las facultades y atribuciones de los directivos y personal adscrito a cada Centro Federal que conforman el Complejo Penitenciario "Islas Marías" señalados en el Acuerdo 04/2011, de fecha 4 de mayo de 2011, por el que se incorporaron los Centros Federales de Readaptación Social al Complejo Penitenciario "Islas Marías", en virtud de ausencia de armonización jurídica al respecto.

México, D. F. a 31 de julio de 2015

Sobre el caso de violación de los derechos a la libertad e integridad personal, legalidad y seguridad jurídica de V1 después de cumplir las penas de prisión impuestas

**Mtro. Rodrigo Medina de la Cruz
Gobernador Constitucional del Estado de Nuevo León**

**Lic. Monte Alejandro Rubido García
Comisionado Nacional de Seguridad**

Distinguido Gobernador y distinguido Comisionado Nacional:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1o., párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1o., 3o., párrafo primero, 6o., 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, y 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente de queja CNDH/3/2013/1989/Q, relacionado con la violación de derechos humanos en agravio de V1, entonces interno en el Centro Preventivo de Reinserción Social de “Topo Chico”, en Monterrey, Nuevo León, primero, y posteriormente en el Centro Federal de Readaptación Social de Seguridad Máxima “Laguna del Toro” del Complejo Penitenciario “Islas Marías”.
2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas que intervinieron en los hechos y evitar que su nombre y datos personales se divulguen, se omite su publicidad, de conformidad en lo dispuesto por los artículos 4o., 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, previo el compromiso de que ésta dicte las medidas de protección de los datos correspondientes y vistos los siguientes:

I. HECHOS

3. En la Causa penal 1, V1 ingresó al Centro Preventivo de Reinserción Social de “Topo Chico”, en Monterrey, Nuevo León (“Topo Chico”) y desde el 21 de septiembre de 2002 en que fue detenido empezó a cumplir la pena de prisión que se le impuso como responsable en la comisión de delitos contra la salud. El 13 de junio de 2005, estando recluido, V1 fue sentenciado a otra pena de prisión como responsable en la comisión de otros delitos contra la salud en la Causa penal 2. Las autoridades responsables de la ejecución de ambas sentencias tanto de “Topo Chico” como las del Centro Federal de Readaptación Social de Seguridad Máxima “Laguna del Toro”, del Complejo Penitenciario “Islas Marías”, a donde posteriormente fue trasladado, lo mantuvieron privado de su libertad hasta el 18 de julio de 2013 en que materialmente obtuvo su libertad, de conformidad a lo siguiente:

Causa penal 1

4. El 22 de septiembre de 2002, V1 ingresó a “Topo Chico” en Monterrey, Nuevo León, por la probable responsabilidad en la comisión del delito contra la salud en las modalidades de posesión de marihuana y clorhidrato de cocaína y comercio en su variante de venta de marihuana, y fue sentenciado por el Juzgado Segundo de Distrito en Materia Penal en ese Estado a 10 años de prisión, la cual fue modificada por el Primer Tribunal Unitario del Cuarto Circuito a 10 años, 6 meses de pena privativa de libertad, sanción computable a partir del 21 de septiembre de 2002, fecha de su detención.

5. El 3 de junio de 2010, V1 promovió *“incidente no especificado sobre traslación de tipo y adecuación de sanciones y concesión de beneficios sustitutos de la pena de prisión”* ante el Juzgado Segundo de Distrito en Materia Penal en el Estado de Nuevo León, por lo que el 24 de junio de 2010, se determinó modificar la pena a 4 años y 6 meses de prisión y se ordenó su libertad por haber compurgado la referida pena. Resolución que en la misma fecha se notificó a “Topo Chico”, según se aprecia en el correspondiente acuse de recibo.
6. El 30 de junio de 2010, AR2 informó al Juzgado Segundo de Distrito en Materia Penal en el Estado de Nuevo León, que el 24 de junio de 2010, V1 fue puesto en libertad con relación a la Causa penal 1, debiendo continuar recluso por lo que respecta a la Causa penal 2.

Causa penal 2

7. El 13 de junio de 2005, encontrándose recluso en “Topo Chico”, en cumplimiento a una orden de aprehensión girada en su contra, V1 fue puesto a disposición del Juzgado Primero de Distrito en Materia Penal en el Estado de Nuevo León. Dicho Juzgado le impuso la pena el 12 de julio de 2006, la pena de 7 años y 6 meses de prisión, al considerarlo penalmente responsable en la comisión del delito contra la salud en la modalidad de posesión de marihuana con fines de comercio en la variante de venta. Sanción que fue confirmada por el Primer Tribunal Unitario del Cuarto Circuito en el Estado, en ejecutoria del 13 de septiembre de 2006, debiendo compurgarla a partir del 13 de junio de 2005 hasta el 13 de diciembre de 2012.
8. El 20 de abril de 2010, V1 promovió *“incidente no especificado sobre traslación de tipo y adecuación de sanciones y concesión de beneficios sustitutos de la pena de prisión”* ante el Juzgado Primero de Distrito en Materia Penal en el Estado de Nuevo León, quien el 6 de agosto de 2010, declaró procedente el incidente promovido y determinó adecuar la pena impuesta de 7 años y 6 meses a 3 años y 6 meses de prisión y requirió a las autoridades de “Topo Chico” procedieran a determinar si la sanción se encontraba compurgada. El Agente del Ministerio Público de la Federación interpuso recurso de apelación contra la resolución incidental de 6 de agosto de 2010 ante el Primer Tribunal Unitario del Cuarto Circuito, el cual, el 29 de octubre de 2010, dentro del Toca penal 1, se confirmó tal resolución, fecha en que V1 debió quedar en absoluta libertad.
9. La pena de prisión impuesta a V1 de 3 años y 6 meses de prisión en la Causa penal 2 debió computarse a partir del 22 de marzo de 2007, día siguiente al que compurgó la sanción impuesta en la Causa penal 1, por lo que las autoridades penitenciarias debieron ordenar su libertad el 29 de octubre de 2010.

Traslado al Complejo Penitenciario “Islas Marías”

10. El 3 de abril de 2012, V1 fue trasladado a las “Islas Marías”, cuando era evidente que había compurgado en exceso las penas que le impusieron, de cuatro años y seis meses de prisión en la Causa penal 1, que debió computarse a partir del 21 de septiembre de 2002, fecha de su detención, al 21 de marzo de 2007. La pena de tres años y seis meses impuesta en la Causa penal 2 debió computarse a partir del 22 de marzo de 2007, día siguiente al que compurgó la de la Causa penal 1, al 22 de septiembre de 2010, por lo que debió quedar en libertad desde su estancia en “Topo Chico”, permaneciendo injustamente privado de su libertad dos años, nueve meses y 19 días, hasta el 18 de julio de 2013 en que fue liberado.

Recepción de queja

11. El 28 de febrero de 2013, la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León remitió a este Organismo Nacional, la queja que formuló Q1 y un escrito de V1, entonces interno en las “Islas Marías”.

Oficio de libertad

12. El 18 de julio de 2013, AR1 emitió el oficio SEGOB/OADPRS/32954/2013, con el cual ordenó la libertad de V1 al haber cumplido las penas impuesta en las Causa penal 1 y Causa penal 2, sin que ello altere que permaneció injustamente privado de su libertad dos años, nueve meses y 19 días.

II. EVIDENCIAS

13. Acta Circunstanciada, de 22 de febrero de 2013, en la que la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León hizo constar la queja que formuló Q1, en favor de V1, entonces interno en las “Islas Marías”, a la que anexó un escrito de este último.
14. Oficio SEGOB/OADPRS/UADH/5699/2013, de 6 de mayo de 2013, con el cual SP1, en ausencia de SP2, remitió a este Organismo Nacional copia simple de la “partida jurídica” de V1.
15. Oficio 557/13-IV, de 15 de mayo de 2013, firmado por el secretario del Juzgado Segundo de Distrito en Materia Penal en el Estado de Nuevo León, al que acompañó diversa documentación, destacando por su importancia las siguientes:
 - 15.1. Copia del acuse de recibo del oficio 3104, de 24 de junio de 2010, con el cual el referido Juzgado Segundo de Distrito notificó al Director del Centro de Reinserción Social “Topo Chico”, la resolución incidental dictada en la Causa penal 1, que adecuó la pena impuesta a V1, de 10 años y seis meses a cuatro años y seis meses de prisión y determinó tenerla por compurgada.
 - 15.2. Copia del oficio 10534/10, de 30 de junio de 2010, con el cual AR2 informó al Juzgado Segundo de Distrito, que el 24 de junio de 2010 V1 fue puesto en libertad con relación a la Causa penal 1, pero “*que continuará internado con relación a la diversa Causa penal 2*”.
16. Oficio SEGOB/OADPRS/UADH/6563/2013, de 22 de mayo de 2013, por SP1 en ausencia de SP2, informó a éste Organismo Nacional sobre las Causas penales incoadas contra V1, de conformidad al diverso SEGOB/OADPRS/CGCF/14479/2013 que recibió de SP3, y remitió copia de los oficios SSP/SSPF/OADPRS/CFRSLT/DG/6525/2012 del 30 de noviembre de 2012 y SEGOB/OAPRS/CPIM/CEFRS/DG/2406/2013 del 30 de abril de 2013, en los que SP8 y AR3, solicitaron en su momento que se determinara la situación jurídica de V1 y le remitiera, en su caso, el oficio de compurgamiento respectivo.
17. Oficio SEGOB/OADPRS/UADH/9478/2013, de 10 de julio de 2013, signado por SP1 en ausencia de SP2, donde comunicó a éste Organismo Nacional “... *Al respecto me permito informarle que de la revisión del expediente técnico-jurídico que se tiene aperturado a nombre de V1, en el Archivo General de Sentenciados, se advierte... pena de prisión computable a partir del veintidós de marzo de dos mil trece, día siguiente a que compurgó diversa causa penal (1)..., con un abono de cuatrocientos cincuenta y ocho días por concepto de prisión preventiva*”, refiriéndose al cómputo de la Causa penal 2.
18. Oficio 7014, de 24 de julio de 2013, con el cual el Secretario del Juzgado Primero de Distrito en Materia Penal en Nuevo León remitió a esta Institución Nacional la resolución incidental de 6 de agosto de 2010, dictada en la Causa penal 2, en la que se resolvió adecuar la pena impuesta a V1 de siete años y seis meses a tres años y seis meses de prisión y se requirió a las autoridades de “Topo Chico” que determinaran si la sanción se encontraba compurgada o no, aunque V1 ya había sido trasladado a las “Islas Marías”, desde el 3 de abril de 2012.
19. Correo electrónico del 6 de septiembre de 2013, de SP4, donde envió copia del oficio SEGOB/OADPRS/32954/2013, de fecha 18 de julio de 2013, dirigido SP5 en el que se informó “*que con esta fecha se recibieron vía correo electrónico*”... precedentes del H. Juzgado Primero de Distrito en Materia Penal” en Monterrey, Nuevo León, las resoluciones emitidas en las Causas penales 1 y 2, en las que se ordenó la absoluta libertad de V1.
20. Oficio SEGOB/OADPRS/UADH/16952/2013, de 17 de diciembre de 2013, donde SP1 en ausencia de SP6 informó a esta Comisión Nacional que, mediante el oficio SEGOB/OADPRS/CGCF/CPIM/JC/22926/2013, se le notificó que: a) De acuerdo al diverso SEGOB/OADPRS/24513/2013 del 31 de mayo de 2013, donde SP10 informó a SP5 que se dio por compurgada la pena impuesta a V1 en la Causa penal 1, pero que debería continuar recluso para compurgar la pena de prisión que se le impuso en la Causa penal 2; que en cumplimiento del oficio SEGOB/OADPRS/35954/2013, V1 fue liberado el 18 de julio del 2013, y que la autoridad penitenciaria federal comunicó que recibió la resolución incidental del 24 de junio de 2010 en relación a la Causa penal 1, así como la resolución incidental del 6 de agosto de 2010 de la Causa penal 2 de V1, actualmente recluso en las “Islas Marías”, y b) En las “Islas Marías” no recibieron constancias o documentación

- jurídica cuando V1 llegó como interno, por lo que con el oficio SEGOB/OADPRS/CPIM/CFRSLT/362/2013, se solicitó a las autoridades de “Topo Chico” su partida jurídica *“a fin de establecer los cómputos de las penas impuestas”* en los dos procesos penales referidos, además de que no tenían las sentencias respectivas. Finalmente anexó copia de los referidos oficios 24513, 32954 y 362.
- 21.** Oficio 570/2014, de 14 de marzo de 2014, con el cual SP7, informó a este Organismo Nacional que V1 ingresó a prisión en “Topo Chico” el 21 de septiembre de 2002 sujeto a la Causa penal 1, y encontrándose internado quedó sujeto a la Causa penal 2, por los delitos contra la salud. Detalló las penas de prisión impuestas a V1 en ambas Causas penales, en primera instancia, en apelación y en las resoluciones incidentales que han quedado ya descritas; que también la pena adecuada a V1 en la Causa penal 2, confirmada por el Primer Tribunal Unitario del Cuarto Circuito que dio por compurgada, *“no es dable (sic) toda vez que ésta nueva sentencia se encuentra cumpliéndola a partir del 25 de junio de 2010, día siguiente al que se ordenó su libertad...”*, hizo además las siguientes precisiones: a) El 3 de abril de 2012, V1 fue trasladado a las “Islas Marias”. b) *“Al momento del traslado [...] se acompañó el expediente administrativo en fotocopia debidamente certificada, incluyéndose las resoluciones decretadas dentro de los incidentes no especificados de traslación de tipo y adecuación de la pena...”* c) *“Las anteriores resoluciones fueron notificadas en este Centro en fecha 24 de junio de 2010 y 6 de agosto de 2010 respectivamente”*; y d) Con el oficio 6480/2010 del 6 de agosto de 2010, *“... se dio conocimiento al C. Juez Primero de Distrito en Materia Penal en el Estado, del pronunciamiento emitido por ésta autoridad administrativa en los términos señalado en el SEXTO punto resolutivo de la determinación judicial mencionada,...”*.
- 22.** Acta Circunstanciada de 31 de marzo de 2014, en la que personal de este Organismo Nacional asentó que se constituyó en el Complejo Penitenciario “Islas Marias” y se recabaron diversas constancias relativas a V1, entre las que se destacan por su importancia las siguientes:
- 22.1.** Copia de la resolución del Toca penal 1, de 29 de octubre de 2010, relativa al recurso de apelación interpuesto por el Agente del Ministerio Público de la Federación en contra de la sentencia dictada el 6 de agosto de 2010, en la Causa penal 2, que determinó se declaraba procedente el *“incidente no especificado sobre traslación de tipo y adecuación de sanciones y concesión de beneficios sustitutivos de la pena de prisión”* promovido a favor de V1 y daba por compurgada la pena privativa de libertad.
- 22.2.** Copia del oficio SSP/SSPF/OADPRS/CFRSLT/DG/6525/2012, de 30 de noviembre de 2012, donde SP8 solicitó a SP9 remitiera *“la situación jurídica”* y, en su caso, *“oficio de compurgamiento”* de V1, respecto a las Causas penales 1 y 2, para integrar debidamente el expediente único del interno.
- 22.3.** Copia del oficio SEGOB/OADPRS/CPIM/CFRSLT/DG/362/2013, de 18 de enero de 2013, suscrito por SP8 por el cual solicitó al Director de “Topo Chico”, la *“partida jurídica”* de V1, para *“establecer con precisión los cómputos de las penas impuestas”* en las Causas penales 1 y 2.
- 22.4.** Partida jurídica de V1, elaborada el 26 de abril de 2013, signada por AR3.
- 22.5.** Copia del oficio SEGOB/OADPRS/CPIM/CFRSLT/DG/2406/2013, de 30 de abril de 2013, por el que AR3, requirió a SP9 la *“situación jurídica y en su caso oficio de compurgamiento”* de V1 *“para integrar debidamente el expediente único del interno”*.
- 22.6.** Copia del oficio SEGOB/OADPRS/24513/2013, de 31 de mayo de 2013, signado por SP10, en donde se ordenó la libertad de V1, en virtud de haber compurgado la pena de prisión que se le impuso *“a partir del veintiuno de septiembre de dos mil dos, fecha en que fue detenido [...] con efectos al día veintiuno de marzo de dos mil trece”*, con relación a la Causa penal 1, *“debiendo continuar recluso [...] dentro de la Causa penal 2”*.
- 22.7.** Copia del oficio SEGOB/OADPRS/32954/2013, de 18 de julio de 2013, signado por AR1, en la cual se ordenó la libertad de V1.
- 22.8.** Copia del Acta Administrativa 310, de 18 de julio de 2013, a través de la cual AR3, y otros servidores públicos de las “Islas Marias” hicieron constar el egreso por inmediata libertad de V1.
- 23.** Oficios números SEGOB/CNS/OADPRS/UALDH/4425/2014 y SEGOB/CNS/OADPRS/UALDH/8577/2014, de 7 de mayo y 22 de agosto de 2014, suscrito por SP1 en ausencia de SP6 y SP11, solicitando la conclusión de queja por haber remitido la información solicitada de V1; pero sin que exista constancia de que se hubiera dado vista de los hechos, al Órgano de Control del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y

Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación para que se investigara la actuación de los funcionarios involucrados en el presente caso.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

24. El 22 de septiembre de 2002, V1 ingresó a “Topo Chico” por la probable comisión de delito de contra la salud en la Causa penal 1, y fue sentenciado por el Juez Segundo de Distrito en Materia Penal en Monterrey, Nuevo León a una pena de 10 años de prisión, resolución que el Primer Tribunal Unitario del Cuarto Circuito en la misma entidad la modificó a 10 años y seis meses.
25. El 3 de junio de 2010, en la Causa penal 1, V1 promovió *“incidente no especificado sobre traslación de tipo y adecuación de sanciones y concesión de beneficios sustitutivos de la pena de prisión”*, en el que se determinó modificar la pena de 10 años y seis meses, a cuatro años y seis meses de prisión y se dio por compurgada, toda vez que la misma empezó a contar a partir del 21 de septiembre de 2002. Dicha resolución se comunicó a AR2, el 24 de junio de 2010, según consta en el acuse de recibo del oficio 3104, del Juzgado Segundo de Distrito en Materia Penal en el Estado de Nuevo León.
26. El 13 de junio de 2005, estando recluso en “Topo Chico” y en cumplimiento a una orden de aprehensión librada en su contra, V1 fue puesto a disposición del Juzgado Primero de Distrito en Materia Penal en Monterrey, Nuevo León relacionada con la Causa penal 2 quien, el 12 de julio de 2006, lo sentencio a siete años y seis meses de prisión. El 13 de septiembre de 2006, el citado Primer Tribunal Unitario del Cuarto Circuito confirmó dicha pena de prisión. El 20 de abril de 2010 V1 promovió *“incidente no especificado sobre traslación de tipo y adecuación de sanciones y concesión de beneficios sustitutivos de la pena de prisión”*, ante el Juzgado Primero de Distrito en Materia Penal quién, el 6 de agosto de 2010, remitió resolución incidental correspondiente y redujo la pena a tres años y seis meses de prisión. El 29 de octubre de 2010, previo recurso de apelación interpuesto por el Ministerio Público de la Federación contra dicha resolución incidental, el referido Primer Tribunal Unitario del Cuarto Circuito en la ejecutoria del Toca penal 1 confirmó la reducción de la pena de tres años y seis meses de prisión, señaló que estaba también compurgada, y la notificó a la entonces Alcalde del Centro de Reinserción Social “Topo Chico” en la misma fecha de su emisión.
27. El 3 de abril de 2012, V1 fue trasladado a las “Islas Marías”, sin que AR1 solicitara a AR2 la situación jurídica del entonces interno, toda vez que en esa fecha, la autoridad local ejecutora de sanciones ya tenía conocimiento de las adecuaciones de las penas dictadas en las Causa penal 1 y Causa penal 2, y fue hasta el 18 de julio de 2013, cuando AR1 ordenó la externación de V1, permaneciendo dos años, nueve meses, 19 días privado ilegalmente de su libertad, excediéndose de las penas impuestas por las autoridades judiciales.

A continuación se realiza el análisis de las evidencias y se expondrán los razonamientos lógico-jurídicos sobre las violaciones a los derechos humanos en el presente caso.

IV. OBSERVACIONES

Derecho a la libertad personal

28. El derecho a la libertad personal se encuentra reconocido en el artículo 14, párrafo segundo y tercero constitucional que decretan en lo conducente que: *“...Nadie podrá ser privado de la libertad [...], sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho. En los juicios del orden criminal queda prohibido imponer, por simple analogía, y aun por mayoría de razón, pena alguna que no esté decretada por una ley exactamente aplicable al delito de que se trata...”* y el artículo 16, párrafo primero, señala que *“Nadie puede ser molestado en su persona, [...] sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento”*.

29. Por su parte, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (“Pacto de San José de Costa Rica”, adoptado el 22 de noviembre de 1969 y vigente en México desde el 24 de marzo de 1991), prevé el derecho a la libertad personal en su artículo 7, apartados 1, 2, y 3 que establece: “1. *Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales*, 2. *Nadie puede ser privado de su libertad física, salvo por las causas y en las condiciones fijadas de antemano por las Constituciones Políticas de los Estados Partes o por las leyes dictadas conforme a ellas* y 3. *Nadie puede ser sometido a detención o encarcelamiento arbitrarios*”. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en Bogotá, Colombia en 1948, en los artículos I y XXV, señala que: “*Todo ser humano tiene derecho [...] a la libertad [...] y “Nadie puede ser privado de su libertad sino en los casos y según las formas establecidas por leyes preexistentes”* y la Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptado por la Organización de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, que dice en sus artículos 3: “*Todo individuo tiene derecho [...] a la libertad [...] de su persona*” y 9: “*Nadie podrá ser arbitrariamente [...] preso...*”.
30. La libertad personal debe entenderse según el criterio de la Corte Interamericana de Derechos Humanos como “*la capacidad de hacer y no hacer todo lo que esté lícitamente permitido. En otras palabras, constituye el derecho de toda persona de organizar, con arreglo a la ley, su vida individual y social conforme a sus propias opciones y convicciones*”, por tanto, resulta inobjetable que el incumplimiento de parte de las autoridades penitenciarias de tener actualizada la situación jurídica de V1 produjo la violación del derecho humano de la libertad personal, al mantenerlo en prisión por más tiempo al que legalmente le correspondía.
31. Podemos concluir que a V1 se le vulneró su derecho a la libertad personal cuando las autoridades penitenciarias no cumplieron con una de sus funciones encomendadas, es decir, nunca se tuvo el expediente jurídico actualizado con las adecuaciones a las penas impuestas por las autoridades judiciales competentes, mismas que les fueron notificadas mediante los oficios respectivos, ya que AR1, AR2 y AR3, tenían la obligación de vigilar el estricto cumplimiento de las sanciones impuestas, en términos de las reglamentaciones respectivas; dicha omisión por parte de estos consistió en que no analizaron en su momento la situación jurídica de V1 a fin de percatarse que las sanciones que le fueron impuestas ya estaban compurgadas, por lo que permaneció en prisión por más del tiempo del que legalmente le correspondía, es decir dos años, nueve meses y 19 días.

Derecho a la seguridad jurídica

32. El derecho a la seguridad jurídica está garantizado en el sistema jurídico mexicano a través de los artículos 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que prevén el cumplimiento de las formalidades esenciales del procedimiento, la autoridad competente y la fundamentación de la causa legal del procedimiento.
33. Las disposiciones que obligan a las autoridades del Estado mexicano a cumplir con el derecho a la certeza jurídica y legalidad están plasmados también en el artículo 10 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, que dice: “*Toda persona tiene el derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal*”; en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en su artículo XXVI señala que: “*Toda persona acusada de delito tiene derecho a ser oída en forma imparcial y pública, a ser juzgada por tribunales anteriormente establecidos de acuerdo con leyes preexistentes y a que no se les impongan penas crueles, infamantes o inusitadas*”; y en la Convención Americana sobre Derechos Humanos en su precepto 8.1 se establece: “*Toda persona tiene derecho a ser oída con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial establecido con anterioridad por la ley, en la sustanciación de cualquier acusación penal formulada contra ella, o para la determinación de sus derechos y obligaciones del orden civil, laboral, fiscal o de cualquier otro carácter*”.
34. Es así, que el derecho a la seguridad jurídica implica que los poderes públicos deben estar sujetos al derecho bajo un sistema jurídico coherente y permanente, dotados de certeza y estabilidad; que especifique los límites del Estado en sus diferentes esferas de ejercicio, de cara a los titulares de los derechos individuales, garantizando el respeto a los derechos fundamentales de las personas.

35. Para cumplir o desempeñar sus obligaciones, los agentes del Estado deben cubrir todos los requisitos, condiciones y elementos que exige la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y demás leyes que de ella emanen, así como las previstas en los instrumentos internacionales suscritos y ratificados por el Estado mexicano para que la afectación en la esfera jurídica de los particulares que, en su caso generen, sea jurídicamente válida, es decir, el acto de autoridad debe estar debidamente fundado y motivado. Así, la restricción a un derecho o a la aplicación de la ley penal debe ser utilizada estrictamente para los casos que lo ameriten, a fin de garantizar el derecho a la seguridad jurídica de los gobernados.
36. La seguridad jurídica es un atributo que tiene toda persona al vivir dentro de un Estado de derecho, es decir, bajo la tutela de un ordenamiento jurídico que imponga sin duda alguna los límites de las atribuciones de cada autoridad y su actuación no se debe regir de ninguna manera de forma arbitraria o caprichosa, sino que ésta debe quedar restringida a lo que ordena expresamente la ley, principio establecido en el artículo 14 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, situación que no fue observada por las autoridades penitenciarias ya que al no cumplir las determinaciones judiciales que señalaban con certeza las penas impuestas a V1 y que se encontraban compurgadas, ocasionó que V1 permaneciera privado de su libertad por más tiempo del que legalmente le correspondía, tal como se acreditó con las constancias que obran en el expediente integrado a favor de V1.
37. En el caso que nos ocupa se pone en evidencia la omisión grave de AR1, AR2 y AR3 para garantizar de manera integral la libertad de V1 con lo que se vulneró el derecho a la seguridad jurídica en su perjuicio, pues éste, al igual que toda persona tiene la prerrogativa de vivir, aun estando en prisión, bajo la protección de un Estado de Derecho, bajo la vigilancia de un sistema jurídico, coherente y permanente, dotado de certeza y estabilidad que defina los límites del poder público y garantice en todo momento su seguridad, lo que en el caso no aconteció, toda vez que a V1 lo mantuvieron privado de su libertad en “Topo Chico” y, posteriormente en las “Islas Marías”, a pesar de haber compurgado las penas impuestas por autoridades judiciales competentes, lo cual transgredió el marco constitucional e internacional en materia de derechos humanos cuando una de sus obligaciones principales es la de velar por la seguridad jurídica de los sentenciados.
38. En efecto, V1 al estar bajo el imperio y custodia del Estado, debía tener la certeza legal de la fecha en que cumpliría sus penas impuestas; sin embargo, las autoridades penitenciarias no tenían pleno control de su situación jurídica, en virtud de que conforme a sus obligaciones no tenían integrado el expediente respectivo y, en consecuencia, no se percataron que el agraviado había cumplido en exceso las penas que se le impusieron en las Causas penales 1 y 2.
39. Conforme a sus atribuciones, AR1, AR2 y AR3 debieron informar con oportunidad a sus superiores sobre la extinción de las penas impuestas a V1 en las respectivas sentencias ejecutoriadas de las Causas penales que han quedado descritas, en los términos legales procedentes. Lo que refiere la certeza jurídica que debe existir en el presente caso, ya que AR2 no procuró el respeto a este derecho ya que teniendo pleno conocimiento de las sentencias incidentales dentro de las Causas penales 1 y 2, no informó tal situación a AR1 y a AR3, quienes tampoco requirieron la “situación jurídica” de V1, para actualizar su expediente desde el momento de su ingreso a “Islas Marías”.

Derecho a la legalidad

40. Es pertinente enfatizar que el derecho a la legalidad resulta trascendental para el ser humano, y es indudable que los actos de autoridad deben llevarse a cabo con estricto apego a lo señalado por el ordenamiento jurídico vigente, para con ello evitar que se vulnere la esfera jurídica de las personas en reclusión, como en el presente caso, por tanto al haber mantenido en prisión al sentenciado por un tiempo mayor al que le impusieron los órganos jurisdiccionales resulta incontrovertible que se tradujo en una violación a su derecho a la legalidad.
41. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el “Caso *Tristán Donoso vs. Panamá*”, en sentencia del 27 de enero de 2009, párrafo 119; asentó que: “*en una sociedad democrática el poder punitivo sólo se ejerce en la medida estrictamente necesaria para proteger los bienes jurídicos fundamentales de los ataques más*

- graves que los dañen o pongan en peligro. Lo contrario conduciría al ejercicio abusivo del poder punitivo del Estado”.*
42. Con la manera de actuar de AR1, AR2, y AR3 se vulneró el derecho a la legalidad, pues es evidente que si los servidores públicos que tienen a su cargo el cumplimiento de las penas de prisión, en este caso incumplieron su deber legal al mantener privado de la libertad a V1, en “Topo Chico” y, posteriormente, en las “Islas Mariás” por más tiempo del que correspondía al legal cumplimiento de las penas de prisión que le fueron impuestas.
 43. La actuación irregular acreditada no puede ser consentida dentro de un Estado de derecho, entendido como el régimen que cuenta con un cuerpo normativo, que en el caso, tuvo que ser respetado, sobre todo, por el propio gobierno, a través de sus funcionarios o servidores públicos, quienes deben proceder con apego a la ley y conforme a sus atribuciones para ejercer la autoridad necesaria en el debido desempeño de sus tareas.

Derecho a la integridad personal

44. El derecho a la integridad personal está reconocido, entre otros documentos en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (“Pacto de San José”), en el artículo 5.1.2 dispone que: *“Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; 2. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente del ser humano”.*
45. Lo anterior supone que cualquier persona tiene derecho a que sea protegida su integridad física, y que el hecho de que un individuo se encuentre privado de la libertad no admite de ningún modo que este derecho se vea disminuido o eliminado. Más aun estas personas se encuentran bajo la protección del Estado que actúa como garante de quienes por cualquier situación están privadas de la libertad.
46. De las constancias recabadas por este Organismo Nacional se acreditó que la pena de 4 años y 6 meses de prisión, impuesta en Causa penal 1, debió contabilizarse a partir del 21 de septiembre de 2002, fecha de su detención y purgarla hasta el 21 de marzo de 2007; la sanción de tres años y seis meses, impuesta en la Causa penal 2 contaría a partir del 22 de marzo de 2007 y darse por cumplida el 29 de octubre de 2010, fecha en que se resolvió el Toca penal 1, tomando en consideración un abono de 458 días por concepto de prisión preventiva, por lo que permaneció injustamente privado de su libertad dos años, nueve meses, 19 días.
47. Al estar V1 en prisión por más tiempo del que legalmente le correspondía, implica un riesgo latente que afecta su integridad física, psíquica y moral, lo que se acentúa con los nulos resultados obtenidos a pesar de recurrir a las instancias legales correspondientes, ya que se produce en el mediano plazo trastornos severos, como crisis depresivas, con riesgo para su vida, de igual manera se refleja en su entorno social, por la desvinculación secundaria del núcleo familiar, aspectos que al encontrarse en libertad habría resuelto oportunamente en virtud de los planes a futuro que estableció durante su privación, como parte de las metas alcanzables de manera inmediata a su egreso, vulnerándose el derecho a la integridad personal.
48. En efecto, para esta Comisión Nacional no es válido el argumento esgrimido por AR1, en el sentido de que fue hasta el 18 de julio de 2013, cuando ordenó su libertad porque en esa fecha recibió vía electrónica las resoluciones incidentales en las que se dieron por purgadas las penas impuestas en las Causa penal 1 y Causa penal 2, por parte de los Jueces Primero y Segundo de Distrito en Materia Penal en el estado de Nuevo León, en virtud de que resulta claro el incumplimiento por parte de la autoridad federal ejecutora de sanciones al no tener actualizada la situación jurídica de V1, el cual se encontraba a su disposición por la comisión de un delito del ámbito federal, contraviniendo lo dispuesto por los artículos 77 del Código Penal Federal; así como, 5 y 529 del Código Federal de Procedimientos Penales, en lo general, y en lo específico el artículo 15, fracciones I y II, del Reglamento del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social, que establece que la Dirección General de Ejecución de Sanciones tiene, entre otras funciones, la de *“supervisar que la ejecución de las penas impuestas a los sentenciados del fuero federal se lleve a cabo con estricto apego a la ley y con respeto a los derechos humanos”* y *“solicitar a las autoridades judiciales y administrativas, las constancias y resoluciones relativas a internos sentenciados del fuero federal, así como a las autoridades peni-*

- tenciarias de los diversos estados y del Distrito Federal, la información y documentación que resulten necesarias para el cumplimiento de las funciones del Órgano”, lo que en el presente caso no sucedió.*
49. Es relevante para esta Comisión Nacional resaltar que AR1 tenía la obligación de mantener actualizada la información de cada interno, es decir, para el presente caso la “situación jurídica” de V1, para tener la certeza del compurgamiento de cada pena de prisión que le fue impuesta, por lo que AR1 al incumplir con lo que la ley le establece en el artículo 15 fracción I, del Reglamento del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social que le corresponde a la Dirección General de Ejecución de Sanciones de “Supervisar que la ejecución de la pena impuesta a los internos sentenciados del fuero federal, se lleve a cabo con estricto apego a la ley y con respeto a los derechos humanos”, no verificó el computo de las sanciones de las mismas, sino hasta que se había excedido el término de las penas impuestas a V1, permaneciendo injustamente privado de su libertad por 2 años, 9 meses y 19 días.
 50. Esta tardanza no se justifica si se toma en cuenta que al momento del traslado de V1, de “Topo Chico” a las “Islas Marías”, el 3 de abril de 2012, AR1 no solicitó el expediente técnico jurídico en el que obraba su situación jurídica actualizada, o bien, omitió requerirlo inmediatamente posterior a este suceso, ya que de haber sido así, AR1 hubiera advertido que “Topo Chico” había sido notificado de las adecuaciones de las penas y a partir de ahí realizar su análisis y concluir de manera inmediata si estaban extinguidas las penas decretadas de acuerdo a las determinaciones judiciales y en ese momento girar el oficio ordenando la libertad de V1 por haber cumplido las penas que se le impusieron; sin embargo, fue hasta el 30 de abril de 2013 cuando AR3 solicitó a la entonces Dirección General de Ejecución de Sanciones, con oficio SEGOB/OADPRS/CPIM/CFRSLT/DG/002406/2013 la correspondiente partida jurídica de V1, es decir, después de haber transcurrido más de 2 años y 5 meses de haberse notificado las adecuaciones de las penas en las Causas penales 1 y 2, por parte de las autoridades judiciales, existiendo un evidente atraso en la expedición de la orden de externación.
 51. No es justificable el actuar de AR1, si se toma en cuenta que en el Complejo Penitenciario “Islas Marías”, al no tener el registro exacto de la situación jurídica de V1, le requirió con los oficios SSP/SSPF/OADPRS/CFRSLT/DG/6525/2012 y SEGOB/OADPRS/CPIM/CFRSLT/DG/2406/2013, de 30 de noviembre de 2012 y 30 de abril de 2013, respectivamente, para que remitiera la situación jurídica y en su caso, los oficios de señalamiento de V1 respecto a las Causas penales 1 y 2; empero, el citado Complejo Penitenciario recibió la respuesta hasta el 18 de julio de 2013, fecha en que se ordenó la libertad de V1.
 52. Tampoco es justificable que AR3, quien tenía la custodia de V1 al momento en que fue externado, no solicitara su expediente jurídico desde el ingreso de éste a las “Islas Marías”, a fin de que se contara con la situación jurídica del agraviado, pues de haberlo requerido en tiempo, se hubiera percatado de las resoluciones incidentales dictadas en las Causa penal 1 y 2, en las cuales se ordenaba su libertad, y en su caso analizar la situación jurídica y requerir a AR1 los correspondientes oficios de compurgamiento, ocasionando con su actitud omisa que V1 permaneciera privado de su libertad por más tiempo al que legalmente le correspondía, es decir, dos años, nueve meses y 19 días.
 53. En este rubro es importante mencionar que en los traslados masivos de internos programados y autorizados por parte de la autoridad penitenciaria federal de Centros Estatales a Centros Federales o Complejos Penitenciarios, no existe normatividad o protocolo que establezca que en tales eventos se acompañen obligatoriamente los expedientes jurídico-administrativo, a fin de conocer de inmediato la situación jurídica de cada interno, esto con el fin de evitar errores que se traduzcan en violaciones de graves consecuencias, tal y como sucedió en el presente caso, en el que V1 permaneció privado de su libertad por más tiempo del que legalmente le correspondía cumplir, esto es dos años, nueve meses y 19 días.
 54. Por lo anterior, esta Comisión Nacional considera que la omisión de AR1 y AR3, al no llevar a cabo las acciones pertinentes para conocer y actualizar la situación jurídica del entonces interno al no solicitar en su momento, a “Topo Chico” y a las autoridades judiciales la información, constancias y resoluciones relativas al agraviado, generó una privación ilegal de su libertad por más tiempo del que debió compurgar, vulnerando uno de los principales bienes jurídicos tutelados del hombre, como es la libertad.
 55. Con relación a la actuación de AR2, si bien la autoridad encargada de vigilar la ejecución de la sanción impuesta a V1 y de emitir el oficio de compurgamiento correspondiente era AR1, dicha circunstancia no exime

- de responsabilidad a personal de “Topo Chico”, toda vez que fue precisamente a dicho personal a quien se le notificaron las modificaciones de las penas dictadas en las Causa penal 1 y Causa penal 2.
56. Es preciso señalar que si bien es cierto “Topo Chico” tenía la custodia del agraviado por ser un interno del orden federal y encontrarse bajo su jurisdicción, también lo es que de acuerdo con lo establecido por los artículos 20, fracción IV, 22, fracciones I, II y III, 38 y 81 del Reglamento Interior de los Centros de Readaptación Social y de los Centros Preventivos de Reclusión del Estado de Nuevo León, tenía la obligación de vigilar el cumplimiento de la sanción impuesta a los internos y de llevar el registro de las resoluciones pronunciadas por las autoridades judiciales, así como de realizar el cómputo del plazo de las sentencias y el control de la fecha de su liberación y el numeral 37, fracciones IV, V, X y XI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Seguridad Pública del Estado de Nuevo León, que refiere las atribuciones de los Alcaldes de los Centros de Reclusión del Estado (CERESOS).
 57. Una vez enterado AR2 de la adecuación de la pena impuesta a V1 en la Causa penal 1, que le fue notificada el 24 de junio de 2010, debió comunicarla de inmediato a AR1, toda vez, que V1 en esa fecha se encontraba alojado en “Topo Chico” a disposición de la autoridad federal ejecutora de sanciones y era ésta quien, en ejercicio de sus facultades, debía actualizar la situación jurídica y emitir el oficio dando por compurgada la pena impuesta, tomando en consideración que la fecha de ingreso de V1 a prisión fue el 21 de septiembre de 2002, y la sanción impuesta se encontraba compurgada desde el 21 de marzo de 2007; sin embargo, ello no sucedió y en “Topo Chico” sólo se limitó a emitir el oficio número 10534/10, de fecha 30 de junio de 2010, ordenando su libertad dentro de la Causa penal 1, y notificó a la autoridad judicial que V1 debía continuar recluso para cumplir la pena de la Causa penal 2.
 58. Al tener conocimiento de la resolución incidental emitida en la Causa penal 2, el 6 de agosto de 2010, AR2 debió informar a AR1 para que a partir de esa fecha realizara el análisis de la situación jurídica de V1 y concluir de manera inmediata si las penas que le fueron impuestas estaban extinguidas, sin embargo, AR2 omitió realizar tal comunicación.
 59. Para esta Comisión Nacional resultan inaceptables los argumentos que esgrimió el personal de “Topo Chico”, en el sentido de que una vez que tuvieron conocimiento de la adecuación de la pena se ordenó la libertad y se notificó al juez del conocimiento, por lo que carecen de valor pues el interno se encontraba a disposición de la autoridad federal ejecutora de sanciones en “Topo Chico”, de lo cual tenía pleno conocimiento, y quien era la facultada para realizar el análisis de su situación jurídica y determinar el cómputo respectivo, así como de expedir la boleta de libertad por cumplimiento de las sanciones privativas de libertad del fuero federal.
 60. Con la conducta omisa por parte de la autoridad estatal AR2, quien descuidó vigilar el cumplimiento de la pena impuesta al agraviado, se trasgredió lo establecido en el artículo 60, párrafo segundo del Reglamento Interior de los Centros de Readaptación Social y de los Centros Preventivos del Estado de Nuevo León, que establece que: *“En ningún caso podrá prolongarse la reclusión de un interno por mayor tiempo del que señale en la correspondiente resolución judicial o del que determine la autoridad administrativa competente”*, asimismo los numerales 1 y 28 de la Ley que Regula la Ejecución de las Sanciones Penales en esa entidad federativa que señala la obligación de administrar la prisión preventiva, ejecución de las sanciones y las medidas de seguridad las autoridades penitenciarias de vigilar el respeto de sus derechos humanos, lo que en el presente caso no sucedió al mantener a V1 privado de su libertad por más tiempo del que legalmente le correspondía, es decir, dos años, nueve meses y 19 días.
 61. Es preciso puntualizar que a partir de la notificación de las resoluciones emitidas por los órganos judiciales del conocimiento, el interno debió tener certeza de su situación jurídica, lo que no ocurrió, generándose una privación de la libertad por más tiempo del que legalmente debió compurgar, pues era a partir de que las autoridades penitenciarias en “Topo Chico” tuvieron conocimiento de las resoluciones de los incidentes cuando V1 debió obtener su libertad definitiva.
 62. Tampoco pasa desapercibido para esta Comisión Nacional que de conformidad con lo dispuesto por los artículos 19, fracción I y 61 del mencionado Reglamento Interior, así como 28 de la Ley que Regula la Ejecución de las Sanciones Penales del Estado de Nuevo León, que entre otras cosas señalan que a toda persona privada de su libertad se le respetarán sus derechos humanos y tendrán derecho a un trato humano, digno y

- justo por parte de las autoridades penitenciarias; lo cual, en el caso que se analiza, no fue observado al prolongarse sin causa legal justificada la permanencia del quejoso en el citado centro de reclusión, aunado a que tal circunstancia pudo evitarse de mantener actualizada la situación jurídica del mismo, tal como lo contempla el artículo 22 del aludido Reglamento, al especificar que es una obligación de dicha dependencia integrar el expediente administrativo del interno, llevar el control del archivo y la actualización de datos, particularmente de la situación jurídica de los mismos.
63. Las personas privadas de su libertad están en una situación de vulnerabilidad, en razón de que cuando están sujetos a la potestad del Estado, tienen un riesgo cierto de que se le trasgredan otros derechos, como pueden ser el de la integridad física, seguridad jurídica y legalidad, por lo que la actividad gubernamental debe pugnar por el estricto respeto de los derechos humanos. Por lo tanto, quienes se encuentran en establecimientos penitenciarios, no pierden por ese hecho el ejercicio de sus derechos, pues únicamente se encuentran sujetos a un régimen jurídico particular que suspende determinados derechos, como la libertad personal, sin que ello signifique que ésta se prolongue por más tiempo del señalado en la sentencia emitida por autoridad judicial competente, dicho sometimiento o especial sujeción no justifica el transcurso excesivo del tiempo en prisión en detrimento de los derechos humanos y sus garantías tal y como lo establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Al respecto es aplicable el “Caso Bámaca Velásquez vs. Guatemala”, sentencia de 25 de noviembre de 2000, de la Corte Interamericana de Derechos Humanos cuando señala en el párrafo 150 *“una persona ilegalmente detenida se encuentra en una situación agravada de vulnerabilidad, de la cual surge un riesgo cierto de que se le vulneren otros derechos, como el derecho a la integridad física y a ser tratada con dignidad”*.
64. En el caso de V1, se transgredieron diversos instrumentos internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser tomados en cuenta para la interpretación a la legislación relativa 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; 9.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado por las Naciones Unidas en Nueva York el 16 de diciembre de 1966 y vigente para México desde el 20 de mayo de 1981, los cuales señalan que toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales; que nadie puede ser privado de su libertad salvo por las causas y en las condiciones fijadas por la ley y conforme a los procedimientos establecidos por ésta, ni podrá ser sometido a detención o prisión arbitrarias.
65. No se observó lo dispuesto en los artículos 1, 2 y 8, del “Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley”, adoptado por las Naciones Unidas, el 17 de diciembre de 1979; y principios 2, 3 y 4, del “Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión”, adoptado por las Naciones Unidas, el 9 de diciembre de 1988 que, en esencia, señalan que los funcionarios deben cumplir con la ley, proteger la dignidad humana, respetar los derechos humanos y evitar su violación; todos los arrestos, detenciones o prisión deben llevarse a cabo con arreglo a la ley por autoridades competentes.
66. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el informe de fondo 35/96 del caso 10.832 relacionado con el señor Luis Lizardo Cabrera vs. República Dominicana, del 19 de febrero de 1998, consideró en el párrafo 85, inciso b) que la prolongación de la prisión *“constituye un severo atentado contra su integridad psíquica y moral. La severidad deriva de la continua incertidumbre sobre su futuro a que se ha visto sujeto. [...] La Comisión toma en cuenta, además, que el origen de estado de incertidumbre se encuentra en un acto enteramente discrecional de agentes del Estado que han sobrepasado sus competencias o funciones”*.

Responsabilidad de las autoridades

67. Las conductas atribuidas al personal de AR1, AR2 y AR3 pueden ser constitutivas de responsabilidades administrativas, de conformidad con lo previsto en los artículos 8o., fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, y 50, fracciones I, XXII y LV de la Ley de Res-

- ponsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios de Nuevo León, que establecen 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*”, así como de “*abstenerse de cualquier acto u omisión que implique incumplimiento de cualquier disposición jurídica relacionada con el servicio público*”.
68. Por lo anterior, este Organismo Nacional, 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, formulará queja ante los Órganos Internos de Control en el Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación por lo que hace a las autoridades federales y ante la Contraloría y Transparencia Gubernamental del Gobierno del Estado de Nuevo León por lo que toca a las autoridades locales, con el objeto de que se inicien los procedimientos administrativos correspondientes, en contra de los servidores públicos involucrados en los hechos de la presente Recomendación, para que, en su caso, se apliquen las sanciones respectivas.
69. De igual forma, existen evidencias para que este organismo protector de derechos humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente denuncia de hechos ante la Procuraduría General de la República y la Procuraduría General de Justicia del Estado de Nuevo León, a efecto de que, en el ámbito de sus competencias, inicien las averiguaciones previas que correspondan, en contra de los servidores públicos que intervinieron en los hechos violatorios a derechos humanos acreditados en el caso, por haber mantenido injustificadamente a V1, en prisión por más tiempo del que legamente le correspondía, con el objetivo de que se determine la responsabilidad penal y se ejerza la acción penal respectiva contra los responsables de tales violaciones.

Reparación del daño

70. Debe precisarse que si bien una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad institucional consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero el sistema no jurisdiccional de protección de Derechos Humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1o., párrafo tercero, 109 y 113, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 1, 2 y 9, de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado; así como 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VIII, 8, 26, 27, 61, 62, 64, fracciones I, II, VII, 65, 73, 88, fracción II, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131, y 152 de la Ley General de Víctimas; de igual manera 38, 39, 40, 41 y demás aplicables del “Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral” de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 15 de enero de 2015, que prevé 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 hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.
71. Asimismo con fundamento en el artículo 1, 15, 16, 19, 107 y demás relativos de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano del Estado de Nuevo León; 1, 4 fracción XXIX, 7, 13, 28, 41 y aplicables, de la Ley de Víctimas del Estado, plantean la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente cuando se vean afectados sus derechos fundamentales, consistente en la reparación del daño derivado de la responsabilidad de los servidores públicos con motivos de sus funciones.
72. Debe tomarse en cuenta lo previsto en los numerales 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “*Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones manifiestas de las Normas Internacionales de Derechos Humanos y de Violaciones Graves del Derecho Internacional Humanitario a Interponer Recursos y obtener Reparaciones*”, aprobados las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 2005, los cuales señalan que:

“... teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso, se deberá dar a las víctimas de violaciones manifiestas [...] de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación [...] una reparación plena y efectiva, conforme con los principios de... “restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición”.

73. Efectivamente, los estándares de atribución de responsabilidad internacional y de reparación, establecidos en la ley de la materia y la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el Estado debe asegurar que las reclamaciones de resarcimiento formuladas por las víctimas de violaciones de derechos humanos no enfrenten complejidades ni cargas procesales excesivas que signifiquen un impedimento u obstrucción a la satisfacción de sus derechos, resulta evidente que los hechos violatorios cometidos en contra de V1, al permanecer en prisión durante más tiempo del señalado en sus sentencias, esto es dos años, nueve meses y 19 días, impidieron la realización de sus expectativas de desarrollo personal en condiciones normales, y causaron daños irreparables a su vida.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular, respetuosamente a ustedes, señor Gobernador Constitucional del Estado de Nuevo León y señor Comisionado Nacional de Seguridad, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

A usted señor Gobernador Constitucional del Estado de Nuevo León:

PRIMERA. Se giren instrucciones, a fin de que se tomen las medidas necesarias para la reparación del daño ocasionado a V1, en términos de la Ley de Víctimas del Estado, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la queja presente ante el Órgano Interno de Control de la Contraloría y Transparencia Gubernamental del Gobierno del Estado de Nuevo León, para que en el marco de sus facultades y atribuciones, investigue y determine las responsabilidades administrativas de los servidores públicos involucrados remitiendo a este Organismo Nacional las evidencias que le sean solicitadas, así como las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Participe debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente este Organismo Nacional ante la Procuraduría General de Justicia de Nuevo León, en contra de los servidores públicos involucrados, para que en atención a sus atribuciones, investigue y determine las responsabilidades penales procedentes, y se envíen a esta institución las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se giren instrucciones a quien corresponda, a fin de que se tomen las medidas pertinentes con el propósito de vigilar que la ejecución de las sanciones privativas de libertad de internos del fuero federal que se encuentren alojados en los centros de reclusión del Estado de Nuevo León, se aplique de manera estricta y se mantenga una constante comunicación con las autoridades federales ejecutoras de sanciones para evitar en lo subsecuente violaciones a derechos humanos con motivo de privaciones ilegales de la libertad, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con las que se dé cumplimiento.

QUINTA. Se instruya a quien corresponda, a fin de que se cuente con un registro o sistema integral de información que permita conocer con precisión la situación jurídica de las personas del fuero federal internas en los centros de reclusión de esa entidad federativa; remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias con las que se dé cumplimiento.

A usted señor Comisionado Nacional de Seguridad:

PRIMERA. Se giren instrucciones, a fin de que se tomen las medidas necesarias para la reparación del daño ocasionado a V1, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación, para que en el marco de sus facultades y atribuciones, investigue y determine las responsabilidades administrativas procedentes de los servidores públicos involucrados, remitiendo a este Organismo Nacional las evidencias que solicite, así como las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente con esta Comisión Nacional en el inicio y seguimiento de la denuncia de hechos que formule ante la Procuraduría General de la República en contra de los servidores públicos involucrados, para que en atención a sus atribuciones investigue y determine las responsabilidades penales procedentes, y se envíen a esta institución las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se giren instrucciones a quien corresponda, a fin de que se tomen las medidas pertinentes con el propósito de vigilar que el compurgamiento de las sanciones privativas de libertad de internos del fuero federal que se encuentren en establecimientos penitenciarios a cargo del Sistema Penitenciario del Estado de Nuevo León y/o de cualquier otra entidad federativa, se aplique de manera estricta para evitar en lo subsecuente violaciones a derechos humanos con motivo de privaciones ilegales de la libertad, y se informe de ello a esta Comisión Nacional.

QUINTA. Se giren instrucciones a quien corresponda, para que se proporcione capacitación y actualización en las materias de derechos humanos, derecho penitenciario y disciplinas afines a éstas, dirigidas a los servidores públicos de Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación, particularmente a quienes vigilan la ejecución de las sentencias dictadas a los internos por las autoridades judiciales a fin de que su actuación se desarrolle con apego a la legalidad y respeto a los derechos humanos, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con las que se dé cumplimiento.

SEXTA. Se giren instrucciones a quien corresponda para que se establezca un protocolo con el propósito de que cuando se trasladen internos a Centros Federales de Readaptación Social sea obligatoria la presentación del expediente único a fin de contar con la situación jurídica actualizada de los mismos, de conformidad con los artículos 28 y 29 del Reglamento de los Centros Federales de Readaptación Social.

SÉPTIMA. Se actualice el Reglamento Interno de los Centros Federales de Readaptación Social, para que se definan las facultades y atribuciones de los directivos y personal adscrito a cada Centro Federal que conforman el Complejo Penitenciario "Islas Marías" señalados en el Acuerdo 04/2011, de fecha 4 de mayo de 2011, por el que se incorporaron los Centros Federales de Readaptación Social al Complejo Penitenciario "Islas Marías", en virtud de ausencia de armonización jurídica al respecto.

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 una conducta irregular cometida 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, que 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 subsanen las violaciones de que se trate.

75. 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.
76. Con el mismo fundamento jurídico, se solicita a ustedes que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la presente 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, solicitar al Senado de la República, en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como las Legislaturas de las entidades federativas, su comparecencia para que justifiquen su negativa.

EL PRESIDENTE
LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ



GACETA 300 • JUL • 2015
Comisión Nacional de los Derechos Humanos



Centro de Documentación
y Biblioteca

LIBROS

- BROKMANN HARO, Carlos, *Hablando fuerte. Antropología jurídica comparativa de Mesoamérica*. 1a. ed., 1a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2013, 216 pp.
323.11 / B928h / 32952-54
- CASTRO, Roberto, *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2002, 540 pp. : cuad.
304.66 / C332v / 32980
- ERVITI, Joaquina, *El aborto entre mujeres pobres: sociología de la experiencia*. Cuernavaca, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2005, 420 pp.
179.4 / E77a / 32976
- GONZÁLEZ DEL CASTILLO, María A., *Las mil caras de la trata de personas*. 1a. ed., 3a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2013, 55 pp. : il.
341.77 / G614m / 32877-79
- HERNÁNDEZ BRINGAS, Héctor Hiram y Catherine Menkes, coords., *La población de México al final del Siglo XX (V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México)*. Cuernavaca, Sociedad Mexicana de Demografía, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 1998, 589 pp. (vol. I): cuad., gráf., (Serie Investigación Demográfica en México; 1)
304.6 / H43 pp / 32983
- JIMÉNEZ ORNELAS, René A., *La desigualdad de la mortalidad en México: tablas de mortalidad para la República Mexicana y sus entidades federativas 1990*. Cuernavaca, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 1995, 65, 73 pp. : cuad.
304.64 / J53d / 32978
- LOZANO ASCENCIO, Fernando y Luciana Gandini, *Migrantes calificados en América Latina y el Caribe. ¿Capacidades desaprovechadas?* Cuernavaca, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2011, 105 pp. : cuad., gráf., (Colección Autoral; 5)
325.1 / L858m / 32981
- MENKES BANCET, Catherine y Magalí Daltabuit Godás, coords., *Diversidad cultural y conducta reproductiva*. Cuernavaca, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2000, 267 pp. : cuad., map., (Colección Multidisciplina)
323.11 / M542d / 32979
- MÉXICO. COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, *Campaña de Defensa y Protección de los Derechos Humanos de las Niñas y los Niños. Niños Promotores*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, 2013, 13 pp.
323.4054 / M582c / 32889-91
- _____, *Campaña de Defensa y Protección de los Derechos Humanos de las Niñas y los Niños. Niños Promotores. Manual de aplicación*. 1a. ed., 1a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, mayo, 2013, 11 pp.
323.4054 / M582c / 32937-39
- _____, *Informe especial sobre homofobia*. 1a. ed., 1a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2013, 31 pp.
305 / M582i / 32961-63
- _____, *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*. 1a. ed., 1a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2013, 45 pp.
305 / M582i / 33048-50
- _____, *Recomendación general número 8. Sobre el caso de la discriminación en las escuelas a menores portadores de VIH o que padecen Sida*. 2a. ed., 3a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2013, 36 pp.
350.91 / M582r / 33036-38
- _____, *XI Jornadas Nacionales sobre Víctimas del Delito, Prevención y Derechos Humanos, Atención a Grupos Vulnerables: comprender necesidades para generar soluciones*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2013, 166 pp.
362.88 / M582d / 32946-48
- MORALES RAMÍREZ, Gladys Fabiola, *Sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Obstáculos para su implementación efectiva en México*. México, [s.e.], 2015, 203 pp., Tesis (Maestría en Derecho). UNAM. Programa de Posgrado en Derecho. Facultad de Derecho. División de Estudios de Posgrado en Derecho.
323.40378 / 2015 / 415 / 32986
- MORALES SÁNCHEZ, Julieta, *La garantía jurisdiccional de los derechos de migrantes irregulares en América: el papel de la justicia constitucional-convencional*. Toledo, España, [s.e.], 2015, 438 pp. : cuad., gráf., Tesis (Doctora en Derecho Constitucional).

- Universidad de Castilla-La Mancha. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales.
323.40378 / 2015 / 416 / 32987
- RENDÓN GAN, Teresa, *Trabajo de hombres y trabajo de mujeres en el México del siglo XX*. 2a. ed., Cuernavaca, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Programa Universitario de Estudios de Género, 2008, 291 pp. : cuad., gráf.
305.4 / R392t / 32977
- RIVERA ESCAMILLA, María Guadalupe, *Alternativas de psicoterapia para casos de explotación sexual comercial infantil*. México, [s.e.], 2015, 130 pp., Tesis (Lic. en Psicología). UNAM. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Psicología.
323.40378 / 2015 / 414 / 32985
- ROBLES VÁSQUEZ, Héctor Virgilio, *El trabajo infantil de México 1984-2000*. Cuernavaca, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2004, 158 pp. : cuad., gráf.
331.31 / R648t / 32982
- RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, Francisco, coord., *Pobreza, desigualdad y desarrollo: conceptos y aplicaciones*. Cuernavaca, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2012, 257 pp. : cuad., gráf., map.
362.5 / R674 pp / 32984
- TELLO MORENO, Luisa Fernanda, *El acceso al agua potable como derecho humano*. 1a. ed., 1a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2013, ix, 165 pp.
346.046 / T368a / 32949-51

REVISTAS

- AGUILAR BARCELÓ, José G., Ana B. Mungaray Moctezuma y Martín Ramírez Urquidy, "Género y autoempleo en México durante la recesión de 2008-2009: un estudio de flujos laborales", *Papeles de Población*. Toluca, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, (80), abril-junio, 2014, pp. 145-191.
- AGUILAR, MARISOL, "La ausencia de la perspectiva de género en el nuevo sistema de justicia penal: un gran obstáculo para las mujeres", *Dfensor. Revista de Derechos Humanos*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (1), enero, 2015, pp. 18-22.
- AMIEVA GÁLVEZ, José Ramón, "El papel de las y los defensores públicos en el nuevo sistema de justicia penal con enfoque de derechos humanos en la ciudad de México", *Dfensor. Revista de Derechos Humanos*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (1), enero, 2015, pp. 42-46.
- AVENDAÑO, Martha, Jenny Maricela Rivera y Rafael Díaz, "Crisis económica: migrantes más vulnerables. Casos en Berrien, Michigan", *Perfiles Latinoamericanos*. México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México, (45), enero-junio, 2015, pp. 105-125.
- AZAR, Edgar Elías, "Beneficios y retos de la reforma penal en el Distrito Federal", *Dfensor. Revista de Derechos Humanos*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (1), enero, 2015, pp. 4-10.
- BATRES GUADARRAMA, Martí, "Reforma laboral: continuidad neoliberal y retroceso social", *El Cotidiano. Revista de la Realidad Mexicana Actual*. México, UAM-Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, (178), marzo-abril, 2013, pp. 19-24.
- BECERRA RAMÍREZ, José de Jesús, "El camino hacia el control difuso de constitucionalidad en México: la convencionalidad", *El Cotidiano. Revista de la Realidad Mexicana Actual*. México, UAM-Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, (180), julio-agosto, 2013, pp. 11-20.
- BELMONT CORTÉS, Edgar, Abel Pérez Ruiz y Sergio Sánchez Díaz, "Ajustes, continuidades y resignificaciones de la acción sindical en el marco de la reforma laboral", *El Cotidiano. Revista de la Realidad Mexicana Actual*. México, UAM-Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, (178), marzo-abril, 2013, pp. 25-33.
- BLANCO, Emilio, "La desigualdad social en el nivel medio superior de educación de la Ciudad de México", *Papeles de Población*. Toluca, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, (80), abril-junio, 2014, pp. 249-280.
- CISNEROS, José Luis, "Importancia de la mediación como una tarea del criminólogo en el proceso de readaptación social del joven delincuente", *El Cotidiano. Revista de la Realidad Mexicana Actual*. México, UAM-Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, (178), marzo-abril, 2013, pp. 101-110.
- FERNÁNDEZ PONCELA, Anna María, "Preferencias, discursos y cuotas: mujeres y elecciones 2012", *El Cotidiano. Revista de la Realidad Mexicana Actual*. México, UAM-Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, (178), marzo-abril, 2013, pp. 71-80.
- FLOREZ, Elizabeth y Albert Esteve, "Cohabitación y matrimonios en Venezuela, 1971-2001. ¿Contornos diluidos?", *Papeles de Población*. Toluca, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, (80), abril-junio, 2014, pp. 217-247.
- GARZÓN LÓPEZ, Pedro, "Sobre la indeterminación conceptual de la ciudadanía multicultural", *El Cotidiano. Revista de la Realidad Mexicana Actual*. México, UAM-Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, (180), julio-agosto, 2013, pp. 75-88.
- GAYET, Cecilia y Juan Pablo Gutiérrez, "Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo", *Salud Pública de México*. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, (6), noviembre-diciembre, 2014, pp. 638-647.

- GÓMEZ QUINTERO, Juan David y Cayetano Fernández Romero, "Familias inmigrantes en España: estructura sociodemográfica, roles de género y pautas culturales de los hijos adolescentes", *Papeles de Población*. Toluca, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, (80), abril-junio, 2014, pp. 87-118.
- GONZÁLEZ PLACENCIA, Luis, "Democracia, gobernabilidad y derechos humanos", *El Cotidiano. Revista de la Realidad Mexicana Actual*. México, UAM-Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, (180), julio-agosto, 2013, pp. 5-9.
- GRIJALVA Eternod, José Rafael, "Derechos humanos y justicia internacional, ¿transiciones fallidas?", *El Cotidiano. Revista de la Realidad Mexicana Actual*. México, UAM-Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, (180), julio-agosto, 2013, pp. 67-74.
- GUEVARA BERMÚDEZ, José Antonio, "El Convenio 189 sobre los derechos de las personas trabajadoras del hogar", *El Cotidiano. Revista de la Realidad Mexicana Actual*. México, UAM-Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, (180), julio-agosto, 2013, pp. 89-101.
- GUTIÉRREZ ROMÁN, José Luis, "La reforma constitucional de 2008: oportunidad para judicializar la etapa de ejecución penal y mejorar el sistema penitenciario", *Dfensor. Revista de Derechos Humanos*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (1), enero, 2015, pp. 11-17.
- JIMÉNEZ PADILLA, Alejandro, "Cadena de custodia, un tema (sospechosamente) moderno en México", *Dfensor. Revista de Derechos Humanos*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (1), enero, 2015, pp. 47-52.
- JURADO VARGAS, Romel, "Luces y sombras del origen de la ONU y la Declaración Universal de Derechos Humanos", *El Cotidiano. Revista de la Realidad Mexicana Actual*. México, UAM-Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, (180), julio-agosto, 2013, pp. 31-40.
- LEYVA PIÑA, Marco Antonio y Santiago Pichardo Palacios, "Terrorismo estatal en el mundo del trabajo", *El Cotidiano. Revista de la Realidad Mexicana Actual*. México, UAM-Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, (178), marzo-abril, 2013, pp. 35-44.
- LÓYZAGA DE LA CUEVA, Octavio Fabián, "Los grandes retrocesos de la reforma laboral", *El Cotidiano. Revista de la Realidad Mexicana Actual*. México, UAM-Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, (178), marzo-abril, 2013, pp. 45-51.
- MARTÍNEZ, Francisco, Luis Quintana y Rafael Valencia, "Análisis macroeconómico de los efectos de la liberación financiera y comercial sobre el crecimiento económico de México, 1988-2011", *Perfiles Latinoamericanos*. México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México, (45), enero-junio, 2015, pp. 79-104.
- MARTÍNEZ, Graciela, Salvador David Cobo y Juan Carlos Narváez, "Trazando rutas de la migración de tránsito irregular o no documentada por México", *Perfiles Latinoamericanos*. México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México, (45), enero-junio, 2015, pp. 127-155.
- MARTÍNEZ OBREGÓN, Alejandro, "Derechos y medios de protección ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal", *El Cotidiano. Revista de la Realidad Mexicana Actual*. México, UAM-Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, (180), julio-agosto, 2013, pp. 113-120.
- MARTÍNEZ ROMÁN, Adi, "La participación ciudadana como herramienta para la consecución de los derechos fundamentales: desarrollo sostenible y lucha contra la pobreza en Puerto Rico", *El Cotidiano. Revista de la Realidad Mexicana Actual*. México, UAM-Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, (180), julio-agosto, 2013, pp. 41-52.
- MURILLO RODRÍGUEZ, Roy, "Sobre la judicialización de la pena: garantía ejecutiva, control jurisdiccional y Estado de derecho", *El Cotidiano. Revista de la Realidad Mexicana Actual*. México, UAM-Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, (180), julio-agosto, 2013, pp. 21-30.
- OROZCO TORRES, Luis Ernesto, "Problemas actuales de armonización del ordenamiento jurídico mexicano con el derecho internacional: el caso de la piratería internacional", *Revista Penal México*. México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, (7), febrero, 2015, pp. 109-116.
- PADIERNA LUNA, Dolores, "Reforma laboral: regresividad y debate inconcluso", *El Cotidiano. Revista de la Realidad Mexicana Actual*. México, UAM-Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, (178), marzo-abril, 2013, pp. 9-17.
- PORTALES, Luis y Mariana Gabarrot, "Alternativas para la comprensión de la pobreza: hogares y capital social en México", *Perfiles Latinoamericanos*. México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México, (45), enero-junio, 2015, pp. 59-78.
- REBOLLO, Rafael, "La deslegitimación de la prevención del blanqueamiento de capitales en España. Análisis crítico de la ley 10/2010, de prevención del blanqueo de capitales y la financiación del terrorismo", *Revista Penal México*. México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, (7), febrero, 2015, pp. 149-175.
- RIBEIRO FERREIRA, Manuel, "El divorcio en Nuevo León: tendencias actuales", *Papeles de Población*. Toluca, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, (80), abril-junio, 2014, pp. 193-215.
- RIOJAS RODRÍGUEZ, Horacio, Urinda Álamo Hernández, José Luis Texcalac Sangrador e Isabelle Romieu, "Health Impact Assessment of Decreases in PM10 and Ozone Concentrations in the Mexico City Metropolitan Area. A Basis for a New Air Quality Management Program", *Salud Pública de México*. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, (6), noviembre-diciembre, 2014, pp. 579-591.
- RIVERA SÁNCHEZ, Liliana, Olga Odgers Ortiz y Alberto Hernández, "La migración internacional y la diversificación religiosa en Morelos. Una mirada sociodemográfica", *Papeles de Población*. Toluca, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, (80), abril-junio, 2014, pp. 47-85.

- RODRÍGUEZ GARCÍA, Nicolás, "Perspectivas inciertas para la mediación en el sistema penal español", *Revista Penal México*. México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, (7), febrero, 2015, pp. 177-194.
- RODRÍGUEZ MEDINA, María del Mar, "Problemática de las leyes penales en blanco en el ámbito de los delitos contra el medio ambiente", *Revista Penal México*. México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, (7), febrero, 2015, pp. 195-215.
- ROJAS PICHLER, Pablo Andrés, "El delito de enriquecimiento ilícito y su proyección en los convenios internacionales sobre corrupción", *Revista Penal México*. México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, (7), febrero, 2015, pp. 217-240.
- RUELAS GONZÁLEZ, M. Guadalupe, Blanca Estela Pelcastre Villafuerte y Hortensia Reyes Morales, "Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos", *Salud Pública de México*. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, (6), noviembre-diciembre, 2014, pp. 631-637.
- SOLÍS, Leslie, "Victimización en México", *Dfensor. Revista de Derechos Humanos*. México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (1), enero, 2015, pp. 36-41.
- TAPIA PÉREZ, José, "La inseguridad pública: causas y consecuencias", *El Cotidiano. Revista de la Realidad Mexicana Actual*. México, UAM-Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, (180), julio-agosto, 2013, pp. 103-112.
- TORRECUADRADA GARCÍA-LOZANO, Soledad, "España y el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales", *El Cotidiano. Revista de la Realidad Mexicana Actual*. México, UAM-Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, (180), julio-agosto, 2013, pp. 53-66.
- TREJO SÁNCHEZ, Karina, "Por la salud ocupacional, una propuesta de reformas a la Ley Federal del Trabajo", *El Cotidiano. Revista de la Realidad Mexicana Actual*. México, UAM-Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, (178), marzo-abril, 2013, pp. 53-60.
- VALERO MATAS, Jesús Alberto, Juan R. Coca e Irene Valero Oteo, "Análisis de la inmigración en España y la crisis económica", *Papeles de Población*. Toluca, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM, (80), abril-junio, 2014, pp. 9-45.
- VILALTA, Carlos, "¿Quiénes son los sentenciados por homicidio intencional en México?", *Perfiles Latinoamericanos*. México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México, (45), enero-junio, 2015, pp. 157-180.

OTROS MATERIALES

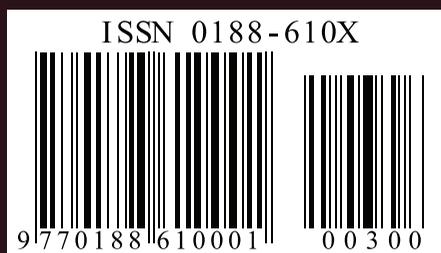
(Fotocopias, engargolados, folletos, trípticos, calendarios, hojas sueltas, etcétera)

- MÉXICO. COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, *65 años de la Convención Interamericana sobre Concesión de los Derechos Civiles a la Mujer*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Secretaría Ejecutiva, 2013, 19 pp.
AV / 3748 / 33057-59
- _____, *A mí no me va a pasar*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, octubre, 2013, tríptico
AV / 3742 / 33033-35
- _____, *Acceso a la justicia para las mujeres*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Cuarta Visitaduría General, Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres (PAMIMH), octubre, 2013, tríptico
AV / 3744 / 33042-44
- _____, *Alienación parental: los niños y las niñas tienen derecho a ver y convivir con el padre o madre que no tenga su custodia ¡prohibido alienar! Prohibido dañar emocionalmente a tus hijos*. 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, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, octubre, 2013, tríptico
AV / 3736 / 33015-17
- _____, *Aspectos básicos de derechos humanos*. 1a. ed., 2a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CENADEH, 2013, 11 pp.
AV / 3719 / 32940-42
- _____, *Campaña Nacional para Abatir y Eliminar la Violencia Escolar. Di no a la violencia escolar. Guía de convivencia en la escuela para padres de familia, maestros, autoridades escolares y alumnos*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, octubre, 2013, díptico
AV / 3726 / 32973-75
- _____, *Campaña Nacional para Abatir y Eliminar la Violencia Escolar. Di no a la violencia escolar. Guía para maestros y autoridades escolares. ¡Quiero contribuir al mejor futuro de mis alumnos!* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, octubre, 2013, tríptico
AV / 3725 / 32970-72
- _____, *Campaña Nacional para Abatir y Eliminar la Violencia Escolar. Di no a la violencia escolar: Guía para estudiantes. Es más padre tener muchos amigos*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, octubre, 2013, tríptico
AV / 3724 / 32967-69

- _____, *Campaña Nacional para Abatir y Eliminar la Violencia Escolar. Dí no a la violencia escolar: Guía para padres de familia. Mi tarea más importante es: Respetar a los demás*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, octubre, 2013, tríptico
AV / 3723 / 32964-66
- _____, *Campaña Nacional para Abatir y Eliminar la Violencia Escolar. El derecho de las niñas, los niños y los adolescentes a recibir una educación libre de violencia*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, octubre, 2013, díptico
AV / 3732 / 33003-05
- _____, *Campaña Nacional por los Derechos Sexuales de Las y Los Jóvenes: hagamos un hecho nuestros derechos*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, mayo, 2013, cuadríptico
AV / 3733 / 33006-08
- _____, *Centro de Documentación y Biblioteca*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Centro Nacional de Derechos Humanos, mayo, 2013, tríptico
AV / 3703 / 32883-85
- _____, *Cómo presentar una queja en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, mayo, 2013, tríptico
AV / 3713 / 32919-21
- _____, *Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad*. 1a. ed., 2a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2013, 14 pp.
AV / 3746 / 33051-53
- _____, *Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer [CEDAW], y su Protocolo Facultativo*. 1a. ed., 1a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CENADEH, 2013, 20 pp.
AV / 3740 / 33027-29
- _____, *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Mecanismo de Vigilancia*. 1a. ed., 2a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CENADEH, 2013, 28 pp.
AV / 3739 / 33024-26
- _____, *Convención sobre los Derechos del Niño*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, mayo, 2013, tríptico
AV / 3710 / 32910-12
- _____, *Declaración sobre el Fomento entre la Juventud de los Ideales de Paz, Respeto Mutuo y Comprensión entre los Pueblos: Adoptada el 7 de diciembre de 1965 ONU*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, diciembre, 2013, cartilla
AV / 3735 / 33012-14
- _____, *Derechos humanos de las personas migrantes en tránsito por México*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Programa de Atención al Migrante, octubre, 2013, tríptico
AV / 3750 / 33063-65
- _____, *Derechos humanos en la familia I-II*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, mayo, 2013, tarjeta
AV / 3706 / 32898-900
- _____, *Derechos y deberes del paciente*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, mayo, 2013, tríptico
AV / 3705 / 32892-94
- _____, *Guía de derechos humanos para migrantes*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, diciembre, 2013, tríptico
AV / 3737 / 33018-20
- _____, *Human Rights for Migrants in Transit Through Mexico*. México, National Commission for Human Rights, octubre, 2013, tríptico
AV / 3749 / 33060-62
- _____, *La CNDH difunde los derechos y obligaciones en la escuela*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, mayo, 2013, tríptico
AV / 3704 / 32886-88
- _____, *La CNDH ¡trabajando por la niñez trabajadora!* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, mayo, 2013, tríptico
AV / 3714 / 32922-24
- _____, *La importancia del trabajo de las ONG internacionales en la labor de las instituciones nacionales de derechos humanos: el caso de la CNDH*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Secretaría Ejecutiva, diciembre, 2013, 23 pp.
AV / 3721 / 32955-57
- _____, *La mediación familiar*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, octubre, 2013, cuadríptico
AV / 3734 / 33009-11
- _____, *La tolerancia como fundamento para la paz, la democracia y los derechos humanos*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, mayo, 2013, tríptico
AV / 3712 / 32916-18
- _____, *La violencia familiar es un delito*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, PROVÍCTIMA, mayo, 2013, tríptico
AV / 3700 / 32871-73
- _____, *Las niñas y los niños tenemos los mismos derechos: texto recomendado para escolares de quinto y sexto de primaria. 2a. fase*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, mayo, 2013, díptico
AV / 3717 / 32931-33
- _____, *Las niñas y los niños tenemos los mismos derechos: texto recomendado para escolares de segundo y tercero de primaria. 2a. fase*. México, Comisión Nacional de los Derechos

- Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, mayo, 2013, díptico
AV / 3718 / 32934-36
- _____, *Los derechos humanos de las mujeres*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, mayo, 2013, díptico
AV / 3702 / 32880-82
- _____, *Los derechos humanos de las personas que viven con VIH o SIDA en reclusión*. 1a. ed., 3a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Programa de VIH, 2013, 21 pp.
AV / 3747 / 33054-56
- _____, *Memoria: los derechos humanos de las niñas y los niños*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CENADEH, octubre, 2013, 32 tarjetas : il.
AV / 3720 / 32943-45
- _____, *Niñas, niños y adolescentes. ¿víctimas de conductas sexuales?* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, mayo, 2013, tríptico
AV / 3709 / 32907-09
- _____, *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y su Protocolo Facultativo*. 1a. ed., 1a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CENADEH, 2013, 25 pp.
AV / 3741 / 33030-32
- _____, *Qué es la violencia familiar y cómo contrarrestarla: todos los seres humanos nacemos libres e iguales en dignidad y en derechos*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, diciembre, 2013, cartilla
AV / 3722 / 32958-60
- _____, *Rescatemos a la familia y sus valores*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, mayo, 2013, tríptico
AV / 3701 / 32874-76
- _____, *Una llamada, una voz amiga*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, mayo, 2013, díptico
AV / 3715 / 32925-27
- _____, *Violencia de estudiantes a maestros*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, mayo, 2013, tríptico
AV / 3731 / 33000-02
- _____, *Violencia de maestros a estudiantes*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, mayo, 2013, tríptico
AV / 3729 / 32994-96
- _____, *Violencia de padres de familia a estudiantes*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, mayo, 2013, tríptico
AV / 3728 / 32991-93
- _____, *Violencia entre estudiantes*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, mayo, 2013, tríptico
AV / 3727 / 32988-90
- _____, *Violencia entre padres de familia y maestros y/o autoridades escolares*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, mayo, 2013, tríptico
AV / 3730 / 32997-99
- _____, *Vulnerabilidad*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, diciembre, 2013, tríptico
AV / 3738 / 33021-23
- _____, *¿Has sido víctima de discriminación?* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Cuarta Visitaduría General, Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres (PAMIMH), octubre, 2013, tríptico
AV / 3745 / 33045-47
- _____, *¿Por qué es importante la igualdad laboral entre mujeres y hombres?* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Cuarta Visitaduría General, Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres (PAMIMH), octubre, 2013, tríptico
AV / 3743 / 33039-41
- _____, *¿Qué es la Comisión Nacional de los Derechos Humanos?* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, mayo, 2013, tríptico
AV / 3716 / 32928-30
- _____, *¿Sufriste un daño por algún delito?* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Dirección General del Programa de Atención a Víctimas del Delito, mayo, 2013, tríptico
AV / 3711 / 32913-15
- _____, *¡Identifica los tipos de conductas sexuales!* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, mayo, 2013, tríptico
AV / 3707 / 32901-03
- _____, *¡Más vale prevenir que...!* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, mayo, 2013, tríptico
AV / 3708 / 32904-06

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. Tizapan, Del. Álvaro Obregón,
 C. P. 01090, México, D. F., tels. 56 16 86 92 al 95
 exts. 5118, 5119 y 5271



2015