RECOMENDACIÓN N° 276 /2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN A LA SALUD EN SU MODALIDAD DE SALUD MENTAL Y AL ACCESO DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL, A LA SEGURIDAD JURÍDICA Y LEGALIDAD, A LA INTEGRIDAD PERSONAL EN SU ENFOQUE TRANSVERSAL CON EL DERECHO A LA VIDA Y AL DERECHO A LA IGUALDAD Y A LA NO DISCRIMINACIÓN EN AGRAVIO DE V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 Y V13 EN EL CENTRO FEDERAL DE READAPTACIÓN SOCIAL FEMENIL No. 16, EN COATLÁN DEL RÍO, MORELOS; ASÍ COMO AL DERECHO AL ACCESO A LA JUSTICIA EN SU MODALIDAD DE PROCURACIÓN DE JUSTICIA DE MANERA PRONTA Y EXHAUSTIVA EN AGRAVIO DE VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7, VI8, VI9, VI10, VI11, VI12, VI13, VI14, VI15, VI16, VI17 Y VI18.

Ciudad de México, a 15 de diciembre de 2023.

MTRO. ANTONIO HAZAEL RUÍZ ORTEGA
COMISIONADO DEL ÓRGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCIÓN Y READAPTACIÓN SOCIAL DE LA SECRETARÍA DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN CIUDADANA

MTRO. URIEL CARMONA GÁNDARA
FISCAL GENERAL DEL ESTADO DE MORELOS

Apreciables Comisionado y Fiscal 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., párrafo primero, 6o., fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones I, II y IV, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 88, 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente de queja **CNDH/3/2021/6411/Q y sus acumulados CNDH/3/2022/9215/Q, CNDH/3/2023/4923/Q, CNDH/3/2023/11858/Q, CNDH/3/2023/11859/Q, CNDH/3/2023/12605/Q, CNDH/3/2023/13694/Q,**

CNDH/3/2023/15485/Q, CNDH/3/2023/17509/Q, CNDH/3/2023/17510/Q, CNDH/3/2023/17511/Q, CNDH/3/2023/18935/Q y CNDH/3/2023/19062/Q, sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud en su modalidad de salud mental y al acceso del más alto nivel posible de salud física y mental, a la seguridad jurídica y legalidad, a la integridad personal en su enfoque transversal con el derecho a la vida y al derecho a la igualdad y no discriminación en agravio de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13 en el CEFERESO No. 16; así como al derecho al acceso a la justicia en su modalidad de procuración de justicia de manera pronta y exhaustiva en agravio de VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7, VI8, VI9, VI10, VI11, VI12, VI13, VI14, VI15, VI16, VI17 y VI18.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 6o., apartado A, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4o., párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 78 párrafo primero y 147 de su Reglamento Interno; 68 fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1o., 3o., 9o., 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I y párrafo último, así como 117, párrafo primero de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y 1o., 6o., 7o., 16, 17 y 18, de la Ley General de Protección y Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. 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, quien tendrá el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para distintas personas involucradas en los hechos, y expedientes son los siguientes:

DENOMINACIÓN	CLAVE
Familiar	F
Persona Autoridad Responsable	AR
Víctima	V
Víctima Indirecta	VI
Persona Privada de la Libertad	PPL
Persona Servidora Pública	PSP
Persona Quejosa	Q
Persona Testiga	T

4. En la presente Recomendación la referencia a distintas dependencias, instancias de gobierno y normatividad, se hará con acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, los cuales podrán ser identificados como sigue:

NOMBRE	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Centro Federal de Readaptación Social Femenil en Coatlán del Río, Morelos	CEFERESO No. 16
Código Nacional de Procedimientos Penales	CNPP
Comisión Interamericana de Derechos Humanos.	CIDH
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional/ Organismo y/o Institución Nacional o Autónoma/ CNDH
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM y/o Constitución Federal
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Fiscalía General del Estado de Morelos	Fiscalía Estatal / Fiscalía Local

NOMBRE	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Fiscalía Especializada para la Investigación y Persecución del Delito de Feminicidio del Estado de Morelos	Fiscalía de Feminicidios
Fiscalía General de la República	Fiscalía General
Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos	LCNDH
Ley General de Salud	Ley de Salud
Ley General de Víctimas	LGV
Ley Nacional de Ejecución Penal	LNEP
Organización Mundial de la Salud	OMS
Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana	OADPRS
Protocolo de Detección e Intervención de la Conducta y Riesgo Suicida en Personas Privadas de la Libertad en Centros Penitenciarios Federales.	Protocolo / Protocolo de Detección
Protocolo de Minnesota sobre la Investigación de Muertes Potencialmente Ilícitas	Protocolo de Minnesota
Protocolo de Actuación con Perspectiva de Género para la Investigación del Delito de Feminicidio por la Fiscalía Estatal	Protocolo con Perspectiva de Género
Servicio Médico Forense de Jojutla Morelos	SEMEFO Jojutla
Secretaría de Salud del Estado de Morelos	Secretaria de Salud
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN
Unidad de Asuntos Legales y Derechos Humanos del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social	UALDH

I. HECHOS

❖ **Expediente CNDH/3/2021/6411/Q**

5. El 20 de julio de 2021, mediante una nota periodística publicada en la página web del Central de Noticias.mx titulada *"Hallan muerta a interna del Cefereso"*, se informó que autoridades del CEFERESO No. 16 encontraron sin vida a V1, quien estaba privada de la libertad en ese establecimiento penitenciario; razón por la cual, en términos de los artículos 102, apartado B, de la CPEUM; así como 24, fracción II y 6o., fracción II, de la Ley de la CNDH y 89 de su Reglamento Interno, este Organismo Nacional inició de oficio la investigación correspondiente, motivo por el cual se radicó el expediente **CNDH/3/2021/6411/Q**.

❖ **Expediente CNDH/3/2022/9215/Q**

6. El 3 de agosto de 2022, personal de esta Comisión Nacional, recabó el testimonio de PPL1 quien refirió que el 20 de julio de 2022, V2 se encontraba inquieta y alterada derivado a que días anteriores había sido valorada por Psiquiatría; sin embargo, no le estaban suministrando sus medicamentos como los tenía indicados, por lo cual expresaba molestia puesto que había solicitado en varias ocasiones su cotización para adquirirlos, sin obtener una respuesta favorable por parte del Área Administrativa del CEFERESO No. 16.

7. Agregó, que la fecha señalada después de ir a comer, fue a buscarla, al arribar a su celda la encontró colgada de la ventana, posteriormente llegaron al lugar otras mujeres privadas de la libertad quienes le ayudaron a bajarla, también arribó personal de Seguridad y Custodia, los cuales trataron de reanimarla, pero V2 no reaccionó, posterior a ello, la llevaron al Área Médica, determinando ahí su deceso, con base en estos hechos se radicó el sumario **CNDH/3/2022/9215/Q**.

❖ **Expediente CNDH/3/2023/4932/Q**

8. El 21 de marzo de 2023, personal de esta Comisión Nacional recabó el testimonio rendido por PPL14, quien refirió que el 19 del mismo mes y año ocurrió el deceso de V3, con quien mantuvo una relación sentimental.

9. De igual forma PPL14 indicó que horas previas del día del deceso de V3, había tenido una discusión con ella, que después del pase de lista, entre las 21:30 y 22:00 horas se metieron a su estancia, posteriormente acudió al dormitorio de V3, el cual estaba cerrado y con las sábanas atravesadas en la puerta y celda, por lo que al no poder ingresar regresó a su estancia, al ver que mujeres privadas de la libertad retiraron dicho artefacto, le gritaron que no lo hiciera, que era una tontería, puesto que V3 empezó a hacer nudos con dicho material y amarró la puerta de la estancia en la que se encontraba, por lo que pidieron ayuda a personal de Seguridad y Custodia, quienes acudieron aproximadamente 20 minutos después, al llegar al lugar, con unas tijeras hechizas, rompieron las sábanas y entraron al dormitorio, después de 20 minutos arribó personal médico quienes establecieron que V3 había fallecido.

10. Con base en los hechos señalados en el acta circunstanciada elaborada por personal de este Organismo Autónomo, el 19 de marzo de 2023, mediante acuerdo del 28 del mismo mes y año, esta Comisión Nacional inició de oficio la investigación requerida, por lo que se originó el expediente **CNDH/3/2023/4932/Q.**

❖ **Expediente CNDH/3/2023/11858/Q**

11. El 25 de julio de 2023, se publicó en una red social, que el 24 del mismo mes y año fue localizado el cuerpo de una mujer al interior del CEFERESO No. 16, además de indicar que posterior a hallarlo, personal de ese lugar de reclusión y de

la Fiscalía Estatal realizaron diversas diligencias, al tener conocimiento de estos hechos, personal de esta Comisión Nacional asentó en acta circunstanciada del 31 de ese mes y año, que estableció comunicación telefónica con PSP25, quien confirmó el contenido de la nota digital, informando que se trataba de V4, quien ingresó a ese establecimiento penitenciario, el 22 de mayo de 2022.

12. Con base en los hechos señalados en la publicación en red social del 25 de julio de 2023 y mediante acuerdo del 10 de agosto del mismo año, esta Comisión Nacional inició de oficio la investigación requerida, aperturándose el expediente **CNDH/3/2023/11858/Q.**

- **Expediente CNDH/3/2023/11859/Q**

13. El 2 de agosto de 2023, personal de esta Comisión Nacional asentó que se presentó en las instalaciones del CEFERESO No. 16, entrevistándose con AR14, quien le informó que ese día aproximadamente a las 11:00 horas ocurrió el deceso de V5, quien ingresó a ese lugar de reclusión, el 16 de enero de 2022, procedente del Centro Penitenciario de Ecatepec, Estado de México y se ubicaba en el Módulo G.

14. Con base en los hechos señalados en el acta circunstanciada del 2 de agosto de 2023, mediante acuerdo del 10 del mismo mes y año, esta Comisión Nacional inició de oficio la investigación requerida, aperturando el expediente **CNDH/3/2023/11859/Q.**

- **Expediente CNDH/3/2023/12605/Q**

15. El 14 de agosto de 2023, personal de esta Comisión Nacional se presentó en las instalaciones del CEFERESO No. 16, entrevistándose con PSP26, quien le

informó que ese día ocurrió el deceso de V6.

16. Durante dicha diligencia, AR14 indicó que V6 laboraba en el área de industrias, lugar en el que había sostenido una relación sentimental con otra mujer privada de la libertad; sin embargo llevaban aproximadamente 3 meses separadas, que el día de los hechos V6 pidió a personal de Seguridad y Custodia regresar a su módulo porque se sintió mal de salud, que a los pocos minutos de ingresar a su dormitorio se suspendió y a pesar de los intentos por reanimarla, esto no se logró, además de señalar que V6 ingresó a ese lugar de reclusión, el 18 de mayo de 2022, procedente del Centro de Reinserción Social 1 en Aquiles Serdán, Chihuahua.

17. Con base en los hechos señalados en el acta circunstanciada del 14 de agosto de 2023, mediante acuerdo del 18 del mismo mes y año, esta Comisión Nacional inició de oficio la investigación requerida, radicándose el expediente **CNDH/3/2023/12605/Q.**

- **Expediente CNDH/3/2023/13694/Q**

18. El 4 de septiembre de 2023, personal de esta Comisión Nacional se presentó en las instalaciones del CEFERESO No. 16, entrevistándose con PSP27 quien le informó que el 3 del mismo mes y año ocurrió el deceso de V7, quien era originaria de la Ciudad de México, y había ingresado en diciembre de 2015 al Centro Federal de Readaptación Social Número 4 en Tepic, Nayarit, de dónde fue posteriormente trasladada a ese lugar de reclusión.

19. Con base en los hechos señalados en el acta circunstanciada del 14 de agosto de 2023, mediante acuerdo del 18 del mismo mes y año, esta Comisión Nacional inició de oficio la investigación requerida, aperturándose el sumario **CNDH/3/2023/13694/Q.**

- **Expediente CNDH/3/2023/15485/Q**

20. El 21 de septiembre de 2023, personal de esta Comisión Nacional se presentó en las instalaciones del CEFERESO No. 16, entrevistándose con AR1, quien le informó que se suspendió otra persona, tratándose de V8, quien se ubicaba en el Módulo F y tenía poco más de un mes de haber ingresado a ese lugar de reclusión, que no estaba en la lista de riesgo suicida y era sumamente tranquila, pero que el día del evento recibió una llamada de su Defensor Público, quien le dijo que "*no podía hacer nada por ella y ya sabía lo que le esperaba*".

21. Adicionalmente, AR1 informó a esta Comisión Nacional que el 16 de agosto de 2023, V8 ingresó al CEFERESO No. 16, procedente de la Fiscalía General, que era originaria de Tepic, Nayarit, de igual forma señaló, sin precisar la fecha, que fue difícil contactar a sus familiares y cuando esto sucedió no quisieron aportar datos, en virtud de que V8 les pidió que no la visitaran ni hablaran con ella por razones seguridad.

22. Con base en los hechos señalados en el acta circunstanciada del 21 de septiembre de 2023, mediante acuerdo del 28 del mismo mes y año, esta Comisión Nacional inició de oficio la investigación requerida, dando origen al expediente **CNDH/3/2023/15485/Q.**

- **Expediente CNDH/3/2023/17509/Q**

23. El 25 de octubre de 2023, personal de esta Comisión Nacional se presentó en las instalaciones del CEFERESO No. 16, entrevistándose con PSP29 quien le informó que el 24 del mismo mes y año ocurrió el deceso de V9, quien era originaria del Estado de México, y había ingresado en 8 de marzo de ese mismo año.

24. Con base en los hechos señalados en el acta circunstanciada del 25 de octubre de 2023, mediante acuerdo del 16 de noviembre mes de este año, esta Comisión Nacional inició de oficio la investigación requerida, dando origen al expediente **CNDH/3/2023/17509/Q.**

- **Expediente CNDH/3/2023/17511/Q**

25. El 5 de noviembre de 2023, personal de esta Comisión Nacional entablo comunicación telefónica con PSP30 quien le informó que el 4 del mismo mes y año ocurrió el deceso de V10.

26. Con base en los hechos señalados en el acta circunstanciada del 5 de noviembre de 2023, mediante acuerdo del 16 del mismo mes y año, esta Comisión Nacional inició de oficio la investigación requerida, dando origen al expediente **CNDH/3/2023/17511/Q.**

- **Expediente CNDH/3/2023/17510/Q**

27. El 10 de noviembre de 2023, personal de esta Comisión Nacional se presentó en las instalaciones del CEFERESO No. 16, entrevistándose con PSP27 quien le informó que el 8 del mismo mes y año ocurrió el deceso de V11.

28. Con base en los hechos señalados en el acta circunstanciada del 10 de noviembre de 2023, mediante acuerdo del 16 del mismo mes y año, esta Comisión Nacional inició de oficio la investigación requerida, dando origen al expediente **CNDH/3/2023/17510/Q.**

- **Expediente CNDH/3/2023/18935/Q**

29. El 29 de noviembre de 2023, personal de esta Comisión Nacional se comunicó telefónicamente con PSP25, quien le informó del deceso de V12.

30. Con base en los hechos señalados en el acta circunstanciada del 29 de noviembre de 2023, mediante acuerdo del 29 del mismo mes y año, esta Comisión Nacional inició de oficio la investigación requerida, dando origen al expediente **CNDH/3/2023/18935/Q**.

- **Expediente CNDH/3/2023/19062/Q**

31. El 6 de diciembre de 2023, PSP25 se comunicó telefónicamente con personal de esta Comisión Nacional, quien le informó del deceso de V13.

32. Con base en los hechos señalados en el acta circunstanciada del 6 de diciembre de 2023, mediante acuerdo del 12 del mismo mes y año, esta Comisión Nacional inició de oficio la investigación requerida, dando origen al expediente **CNDH/3/2023/19062/Q**.

33. Ahora bien, toda vez que los expedientes **CNDH/3/2022/9215/Q, CNDH/3/2023/4932/Q, CNDH/3/2023/11858/Q, CNDH/3/2023/11859/Q, CNDH/3/2023/12605/Q, CNDH/3/2023/13694/Q, CNDH/3/2023/15485/Q, CNDH/3/2023/17509/Q, CNDH/3/2023/17511/Q, CNDH/3/2023/17510/Q, CNDH/3/2023/18935/Q y CNDH/3/2023/19062/Q** aluden a hechos semejantes ocurridos en el sumario **CNDH/3/2021/6411/Q** y se atribuyen a la misma autoridad, en fechas 24 de mayo, 23 y 31 de agosto, 13 de septiembre, 13 de octubre y 14 de diciembre de 2023 se determinó su acumulación respectiva a este último.

34. Previa solicitud de información al OADPRS sobre los presentes hechos y a la Fiscalía Estatal, se obtuvo diversa documentación, así también personal de este Organismo Nacional se allegó de constancias remitidas por personas servidoras públicas adscritas al CEFERESO No. 16, mismas que en su conjunto son objeto de

análisis y valoración lógico-jurídica en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

❖ Expediente CNDH/3/2021/6411/Q

35. Nota periodística del 20 de julio de 2021 publicada en la página de internet del portal Central de Noticias.mx, titulada *"Hallan muerta a interna del Cefereso"*, en la que se advirtió el deceso de V1 al interior del CEFERESO No. 16.

36. Oficio PRS/UALDH/4593/2021, del 5 de agosto de 2021, firmado por personal de la Unidad de Asuntos Legales y Derechos Humanos del OADPRS, mediante el cual se informó que *[…] con la finalidad de hacerles del conocimiento el deceso de su familiar, por lo que se notificó dicho suceso a* VI1 y VI2*, […] a fin de que se le continúe informando sobre el proceso y trámite a realizar sobre dicha situación […] se estableció nuevamente comunicación con* VI2 *a quien se le informó que el cuerpo de* V1*, sería trasladado al* SEMEFO de Jojutla *y que recibiría acompañamiento y orientación durante todo el proceso por parte del personal técnico y jurídico de ese Centro Penitenciario […] personal funcionario de guardia del* SEMEFO de Jojutla*, quien manifestó que se tendría que hablar con el Ministerio Público en Turno de Jojutla, para que indicaran si se trasladarían ellos al Centro Penitenciario por el cuerpo de la persona anteriormente referida; o en su defecto le correspondería a personal de feminicidios […] derivado de lo anterior, el* CEFERESO No. 16 *hizo del conocimiento que el Agente del Ministerio Público, señaló que personal de feminicidios se comunicaría a ese Centro Federal para proporcionar el horario y el nombre del personal, que se constituiría, […] quienes ingresaron a ese establecimiento fueron: peritos, médico legista, ministerio público, auxiliar forense y agente de investigación. […] Derivado del Código Blanco que se activó ante el*

deceso de V1*, se implementó el Protocolo del Primer Respondiente, delimitando el lugar de intervención a fin de preservar el lugar y asegurar el área; y el* Protocolo de Detección*.*

37. Acuerdo del 11 de agosto de 2021, suscrito por la Presidenta de la Comisión Nacional, mediante el cual se acordó iniciar de oficio la investigación respectiva.

38. Oficio PRS/UALDH/7379/2021, del 8 de septiembre de 2021, firmado por personal de la UALDH, mediante el cual se comunicó que por el deceso de V1 se radicó la Carpeta de Investigación 1, en el índice de la Fiscalía de Feminicidios, que derivado de la pandemia SARS-CoV-2 (COVID-19) se cancelaron en los diversos Hospitales del Estado de Morelos las atenciones por Especialidades, entre ellas Psiquiatría, tal como informó el Director General de Servicios de Salud de Morelos federativa en el Oficio SSM/DAM/SH/1696/2020, del 3 de noviembre de 2020; y que en la última valoración por Medicina General del 15 de junio de 2021, V1 no refirió ideas suicidas, así también se adjuntó la siguiente documentación que por su importancia destaca la siguiente:

> **38.1** Oficio No. SSM/DAM/SH/1696/2020, del 27 de octubre de 2020, mediante el cual PSP2 informó a AR4 […] *que continúa suspendido el servicio de consulta externa y no se cuenta aún con una fecha exacta de reanudación del servicio, por lo que no es posible atender su solicitud. […] No obstante lo anterior y con la finalidad de atender las urgencias certificadas que no implique patología COVID-19 de las personas privadas de la libertad del Centro Federal de Readaptación Social a su cargo, atendiendo a la Racionalización de los Servicios y a la Reconversión Hospitalaria, las personas referidas de ese Centro serán atendidas en el Hospital General de Tetecala "Dr. Rodolfo Becerril de la Paz" […].*

38.2 Nota Médica del 15 junio de 2021, signada por PSP3 en la que asentó *[…] también solicita renovación de medicamento por insomnio y autoagresiones por situaciones familiares. […] DIAGNÓSTICO: TRANSTORNO ANSIOSO DEPRESIVO […] CLONAZEPAM […].*

38.3 Nota Informativa No. PSIC/2534/2021, del 19 de julio de 2021 en la que AR2 informó a AR3 *[…]. Denota estado anímico eutímico[1], de afecto apropiado. […] quien posterior a la sesión grupal se acercó a solicitar la asistencia psicológica, […] donde exterioriza situaciones de conductas disruptivas[2] en fechas anteriores señalando conductas impulsivas[3] en su proceder justificando su actuar, limitando el aprendizaje que pudiera obtener de la experiencia. […] se interviene por medio de comunicación verbal positiva a través de habilidades expresivas y conversaciones como herramienta facilitadora para apoyo a la canalización de emociones, se confiere seguimiento con técnicas cognitivas conductuales[4] […].*

38.4 Parte informativo del 19 de julio de 2021 por el que AR6 informó a AR5 que *[…] el día de la fecha, encontrándome de servicio en* Módulo A, Pabellón I, *siendo aproximadamente las 22:31 horas, al realizar rondín de supervisión y vigilancia, me percaté que en la* Estancia 1 *donde habita* V1 *[…] se encontraba suspendida de la ventana con varios calcetines (amarrados al cuello), motivo por el cual inmediatamente informé vía radio a* AR5*, quién rápidamente acudió al lugar de los hechos, acompañada de 7 Oficiales en*

[1] Estado de ánimo dentro de la normalidad, que implica la ausencia de ánimo deprimido o elevado
[2] Las conductas disruptivas incluyen infracciones menores como hablar cuando no es su turno o estar fuera de su asiento sin permiso, así como otros más graves como el desafío, las amenazas verbales o portarse mal
[3] Se puede considerar a la Impulsividad por Imprevisión, o propiamente dicha, como el actuar rápido de forma no premeditada debido a una baja conciencia de las consecuencias o por la subestimación de las mismas. Un estilo que no atiende a todas las opciones presentes al momento de la toma de decisiones.
[4] Las técnicas cognitivo-conductuales han demostrado ser de gran valor en el tratamiento de la mayoría de los cuadros mentales.

Prevención Penitenciaria de apoyo, por lo que de manera inmediata se procedió a cortar los calcetines que amarró V1 *a su cuello […] a quien se colocó en el suelo, con la finalidad de verificar signos vitales y realizar RCP; posteriormente arribaron al lugar* AR7*, y* PSP4*, este último verifica nuevamente signos vitales, así mismo, refiere que no se sentían los mismos, indicando se trasladara a* V1 *al Centro Médico de ese Centro Federal, donde al llegar* V1**,** *[…] quedó a cargo del personal de enfermería del área médica para su atención y valoración […].*

38.5 Parte Informativo No. CFRS16/SSC/2ª.Cía./2364/2021, del 19 de julio de 2021, mediante el cual AR5 transcribió la nota informativa de AR6, dirigida a AR7 la cual se encuentra en el mismo sentido que el Parte Informativo de la misma fecha suscrito por AR6.

38.6 Certificado de defunción del 20 de julio de 2021, emitido por la Secretaría de Salud, en el cual asentaron como fecha y hora de defunción de V1, el 20 de julio de 2021 a las 09:10 horas y causa de la misma: Asfixia por ahorcamiento.

38.7 Memorándum No. CFRS16/DT/DCOC/101/2021, del 28 de agosto de 2021, por el que PSP1 informa a AR1, que *[…] posterior a la búsqueda de información en los archivos físicos y electrónicos en la Oficina de Psicología no se cuenta con registro alguno de antecedente del suicidio de* V1 *[…],* además señaló lo asentado en la Nota Informativa No. PSIC/2534/2021, del 19 de julio de 2021.

39. Oficio PRS/UALDH/8138/2021, del 13 de octubre de 2021, suscrito por personal de la UALDH, al cual se adjuntan los siguientes documentos:

39.1 Oficio No. PRS/2079/2021, del 23 de febrero de 2021, firmado por personal adscrito al OADPRS, mismo que fue dirigido a personal de la Coordinación General de Prevención y Readaptación Social y de la Coordinación General de Centros Federales, en el que se les instruye implementar el Protocolo de Detección.

39.2 Protocolo de Detección, con fecha de expedición de febrero de 2021.

39.3 Tríptico “Promoción de la salud mental”.

40. Acta circunstanciada del 11 de enero de 2022, a través de la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar que se constituyó en las instalaciones de la Fiscalía de Feminicidios, quien refirió que AR8 se encontraba encargada de la Carpeta de Investigación 1 por el Delito 1 y toda vez que no se hizo el acta entrega correspondiente, la indagatoria no había sido turnada a ningún Agente del Ministerio Público, por lo que hasta ese momento no habían hecho mayores diligencias.

41. Acta circunstanciada del 25 de enero de 2022, mediante la cual una persona servidora pública adscrita a este Organismo Nacional hizo constar la recepción del Oficio FGE/FEDF/OF-042/2022-01, firmado por PSP6, quien manifestó la imposibilidad legal de remitir a esta Comisión Nacional, copia de la Carpeta de Investigación 1 radicada por el Delito 1, de conformidad con el artículo 218 del Código Nacional de Procedimientos Penales, y que la información ahí contenida se encontraba reservada.

42. Acta circunstanciada del 25 de enero de 2022, mediante la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar lo siguiente:

- Entrevista sostenida con PPL6, quien señaló que la última vez que vio

a V1 fue en abril o mayo de 2021 cuando coincidieron en el área de Hospital y que en esa ocasión la observó decaída en virtud de que la habían separado de PPL3, que se encontraba con otras mujeres privadas de la libertad que también habían sido reubicadas y separadas de compañeras de la libertad, quienes manifestaron su inconformidad en un escrito dirigido a AR4, a quien le señalaron que "*se iban a ahorcar o colgar para que les hiciera caso la titular*". Agregó que V1 tenía 4 hijos pero con uno de ellos tenía muchos problemas y que no podía tener recursos en el CEFERESO No. 16, en virtud de que en su centro de procedencia podía aportar económicamente en la manutención de su familia y donde se encontraba no tenía una actividad laboral remunerada. Por otra parte, refirió que V1 se había auto agredido varias veces pero "leve", cortándose o golpeándose contra la pared, mencionó que desde que llegaron mujeres privadas de la libertad de centros penitenciarios estatales de Nuevo León, Ciudad de México (Santa Martha Acatitla) y Estado de México, las cosas cambiaron mucho en el CEFERESO No. 16, lo que empezó a ocasionar indisciplina y rebeldía, que optan por cortarse para obtener lo que desean; acotó que personal de Seguridad y Custodia tenía conocimiento de que V1 pretendía hacerse daño, empero cuando se reportó dicha situación, les responden "que hagan lo que quieran".

- Entrevista con PPL7, quien manifestó que vivía en el mismo pabellón que V1 y que fueron pareja un mes previo a su deceso en el Módulo A, Pabellón I, que en el Pabellón II vivía PPL3, quien constantemente le gritaba a V1 "*que no era nada*", "*que no tenía dinero para sus hijos*", aunado a que PPL4 y PPL5 también la molestaban, refirió respecto las problemáticas con sus hijos, por lo que se encontraba muy alterada y estresada, que todos los días reportaba al área de Psicología que requería apoyo pero en ningún momento la atendieron, que V1 se encontraba desesperada. Que el día del fallecimiento de V1, personal de Seguridad y Custodia no realizó "*su rondín*"

como acostumbra, empero como todo el día V1 estuvo pidiendo su llamada telefónica a las 22:00 horas, al momento de que una persona servidora pública de custodia la llamó, parecía haberla visto parada por el ángulo en el que se encontraba, pero al percatarse adecuadamente, subió corriendo; no obstante, se había privado de la vida. Por otra parte, refirió que V1 desde temprano amarró sus calcetines en la ventana y atoró la puerta y que personal de Seguridad y Custodia si se había dado cuenta de ello, además solo le comentaron que los retirara y que "*si se ahorca se va para el infierno*", que todo el día estuvo muy alterada y pese a que pidió atención, esta no se le brindó, por lo que pidió autorización para estar con V1, misma que le fue negada.

- En entrevista con PPL8 manifestó que conocía a V1 desde hace aproximadamente 5 años, que estuvieron juntas en el Centro Preventivo y de Readaptación Social "Sergio García Ramírez" y que fueron trasladadas al mismo tiempo y eran buenas amigas, indicó que previo a su ingreso al CEFERESO No. 16, V1 no había intentado hacerse daño en virtud de que pensaba en sus hijos; sin embargo refirió que era muy influenciable, que "*piensa que lo hizo para llamar la atención como lo hacen todas las personas aquí pero se le pasó la mano*", agregó que "*aquí las oficiales son malas y nunca les hacen caso, además les dicen que no valen nada y que solo son chantajistas, no toman enserio sus reportes cuando se sienten mal*".

43. Acta circunstanciada del 26 de enero de 2022, mediante la cual personal de esta Comisión Nacional dio fe de la entrevista sostenida con PPL2 el 18 de agosto de 2021, quien refirió que V1 no le había señalado en ningún momento sobre alguna intención de quitarse la vida, y que su sentencia no era muy larga y que obtendría su libertad en 2022, agregó que una semana previa compartió pabellón con PPL3 en el Módulo A, Pabellón II, en donde tuvieron problemas con mujeres privadas de la

libertad provenientes de Monterrey, Nuevo León y el Estado de México en especial PPL4 y PPL5, quienes constantemente molestaban a V1 y PPL3, por lo que V1 se angustió mucho por ésta última. Indicó que previo a que V1 se privara de la vida, aproximadamente a las 20:00 horas, le gritó que "*le encargaba mucho*" a PPL3 y le pidió que se cuidara, que ello le causó preocupación a ella y a PPL3, por lo que ésta última elaboró unos letreros pidiendo ayuda y los colocó en una de las cámaras; sin embargo, el personal de Seguridad y Custodia, únicamente la regañó y no tomaron en cuenta la petición, una hora más tarde le gritó nuevamente que la quería mucho y 20 minutos después una mujer privada de la libertad, sin precisar nombre, le gritó que V1 se "*había colgado*" en su estancia, y que esa noche una custodia se quedó con PPL3.

44. Acta circunstanciada del 2 de febrero de 2022, mediante la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar la recepción de diversa documentación relacionada con V1, de la que se desprende por su importancia la siguiente:

44.1. Partida Jurídica de V1, de la que se advierte que salvo lo que ordenara la autoridad ejecutora, compurgaba su sentencia el 15 de septiembre de 2022, misma que empezó a computarse el 15 de marzo de 2017.

44.2. Oficio SEGOB/CNS/OADPRS/26138/2018, del 27 de noviembre de 2018, firmado por personal del OADPRS mediante el cual se autoriza el ingreso de V1, entre otras mujeres privadas de la libertad al CEFERESO No. 16, al ser necesario un centro de mayor seguridad para su contención y atención técnico-especializada y progresiva que favoreciera a su reinserción social y que requieren medidas especiales de vigilancia en un centro penitenciario de mayor seguridad.

45. Acta circunstanciada del 2 de febrero de 2022, mediante la cual personal de

este Organismo Nacional asentó que sostuvo entrevista con PPL3 quien señaló que era cercana a V1, y que después de aproximadamente 10 meses comenzaron a tener problemas entre ellas y con la autoridad penitenciaria, en virtud de que PPL4 y PPL5 querían tener el control del pabellón, y que posterior a una plática que sostuvo PPL4 con AR4, V1 fue reubicada al Módulo A, Pabellón I, desde donde podían platicar por una ventana y también le arrojaba cartas y notas dobladas, y desde ahí PPL3 le comentaba a V1 que la molestaban, que un día antes de su deceso sostuvieron una discusión y V1 salió de su pabellón para solicitar al personal de Seguridad y Custodia su reubicación, que V1 pretendía que ella también pidiera su cambio y aseguró tener un escrito donde V1 le decía que se iba a ahorcar para que le hicieran caso.

46. También indicó que V1 era una persona muy depresiva, que en una ocasión se auto agredió, cortándose los brazos y que en conversación con AR4, le señaló que debía concentrarse en sus hijos y no así en solicitar su cambio con PPL3, que V1 le refirió que derivado a que sus anteriores parejas habían perdido la vida, “estaba maldita” por lo que era mejor no estar en la vida de ellos, además de que sufría violencia en sus anteriores relaciones. Por otra parte, acotó que unas semanas antes de su fallecimiento, su hijo menor de 11 años de edad, intentó privarse de la vida, en virtud de que tiene problemas de hiperactividad y no obstante ello, la autoridad penitenciaria no le dio la atención que requería, pese a que había intentado suicidarse anteriormente, además dejó de comer y tenía problemas con varias mujeres privadas de la libertad, señales que no se tomaron en cuenta, que nunca les hacen caso hasta que es demasiado tarde y les cumplen caprichos a todas las que fingen ahorcarse o se cortan y cuándo en realidad requieren apoyo, este no se les proporciona.

47. Opinión Especializada en Materia de Medicina, MED/470/05-2022, del 10 de mayo de 2022, emitida por personal especializado de la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de la Comisión Nacional, referente a las

causas del deceso de V1, en la que se concluyó que V1 durante su estancia en el CEFERESO No. 16, presentó múltiples factores severos de riesgo suicida, siendo estos sociales, situacionales, psiquiátricos y terapéuticos, los cuales eran de importancia en caso de un evento suicida, del mismo modo que no se realizó un adecuado abordaje diagnóstico ni terapéutico.

48. Acta circunstanciada del 18 de marzo de 2022 a través de la cual, personal adscrito a esta Comisión Nacional hizo constar la recepción de la siguiente documentación:

48.1 Acta circunstanciada del 10 de marzo de 2022, respecto de la entrevista que el 3 de ese mes y año, sostuvo con PPL9, quien refirió que vivía en el mismo pabellón que V1, que lo que ella quería era estar con PPL3, que mujeres privadas de la libertad aconsejaron a V1 respecto de la forma en la que podía obtener la atención de la autoridad penitenciaria, la cual era "*cortándose o colgándose*" y que le explicaron cómo hacer los nudos y que debía hacerlo justo cuando la oficial iniciara su rondín para que la pudiera observar, agregó que V1 había referido que se iba a colgar si no la ponían con PPL3, con quien discutió el día que perdió la vida, y que ese mismo día había consumido varias pastillas que le compraba a otras compañeras, que el mismo día "el rondín" de AR6 fue más tarde de lo normal por lo que cuando "la oficial" arribó al pabellón, había fallecido.

49. Acta circunstanciada del 31 de marzo de 2022, mediante la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar la recepción de los siguientes documentos, que por su importancia destacan, los siguientes:

49.1 Acta circunstanciada del 18 de marzo de 2022, a través de la cual una persona servidora pública adscrita a esta Comisión Nacional hizo constar que

mantuvo comunicación con AR12, quien le refirió que a esa fecha se encontraba a cargo de la Carpeta de Investigación 1, radicada con motivo del deceso de V1, por el Delito 1 y que le proporcionaría copia de las actuaciones hasta ese momento efectuadas en la indagatoria, de las que se desprenden las siguientes:

49.1.1 Acta de aviso al Ministerio Público de hechos probablemente delictuosos, del 20 de julio de 2021, a las 01:05 horas por el Delito 1, de la que s e advierte que, PSP7 recibió reporte de personal del CEFERESO No. 16 a fin de informarle de una "femenina sin vida por suspensión", por lo que dicha persona servidora pública, junto con AR8 se trasladaron a las inmediaciones de ese Centro Federal con peritos en criminalística y de servicio médico forense, por lo que se activó el Protocolo con Perspectiva de Género para la investigación respectiva, dirigiéndose al área de Geriatría, en donde tuvieron a la vista un cuerpo femenino sin vida, el cual no presentó huellas de violencia, por lo que se dirigieron al Pabellón I, dicho lugar fue procesado por el perito en criminalística, encontrando los siguientes indicios: 2 calcetas color beige atadas, presentando nudos, una sábana de tela color beige y fibras de tela de ese mismo color, se realizó levantamiento de cadáver a las 09:10 horas, por lo que todos los indicios fueron fijados y señalizados, recolectando embalado y trasladados por servicios periciales al área correspondiente para continuar con las diligencias.

49.1.2 Declaración del testigo de identidad cadavérica del 20 de julio de 2021, rendido por F1 a las 18:00 horas, mismo que firmó AR8, en la que F1 identificó el cuerpo de V1 y declaró que V1 tenía 4 hijos, VI1, VI2, VI3 y VI4, además señaló que desde el 29 de noviembre de 2018, V1 se encontraba en el CEFERESO No. 16 y que la habían visitado en una ocasión en ese centro

penitenciario; en dicho documento se asentó también que F1 adujo desconocer los hechos por los cuales perdiera la vida V1, solicitó la entrega del cuerpo así como que se agotara la investigación respectiva.

49.1.3 Declaración del testigo de identidad cadavérica del 20 de julio de 2021, rendido por F2 a las 18:34 horas, mismo que firmó AR8, en la que F2 adujo reconocer el cuerpo de V1 y confirmó que la habían visitado en una sola ocasión en el CEFERESO No. 16, además que desconocía los hechos sucedidos con V1.

49.1.4 Acuerdo de entrega de cadáver a F1 y F2 del 20 de julio de 2021 a las 18:35 horas, mismo que fue acordado por AR8.

49.1.5 Informe de toma de muestra de sangre, cabello de las cuatro regiones y raspado de uñas de V1, realizado el 20 de julio de 2021por PSP9.

49.1.6 Necropsia de Ley del 20 de julio de 2021, realizada por PSP10, en razón de las diligencias relacionadas con la Carpeta de Investigación 1, en la que se estableció como causa de la muerte de V1, asfixia por ahorcamiento.

49.1.7 Informe Pericial del 20 de julio de 2021, en el que PSP11 realizó la toma fotográfica post mortem de 68 imágenes de V1, las cuales se incluyeron a la Carpeta de Investigación 1.

49.1.8 Dictamen de Análisis y Procesamiento del 20 de julio de 2021, en el cual PSP13, concluyó que el sitio de intervención se encontró resguardado, realizó la descripción del lugar, además de establecer que la posición en la que se tuvo a la vista el cuerpo de V1 no corresponde a la original y la final.

49.1.9 Dictamen Pericial de Lofoscopia, del 21 de julio de 2021, en el que PSP12 recabó las huellas dactilares de V1, dando positivo al reconocimiento de las mismas en relación a la identidad de V1.

50. Oficio PRS/UALDH/2797/2022, del 1 de abril de 2022, a través del cual personal de la UALDH remitió diversa información relacionada con el expediente CNDH/3/2021/6411/Q a esta Comisión Nacional, de la cual se desprende que el 13 de octubre de 2020, V1 fue valorada por la especialidad de Psiquiatría, que la hora del último pase de lista fue a las 22:00 horas del 19 de julio de 2021 y que AR6 tuvo asignado el servicio de data 19 y 20 de julio de 2021, además de proporcionar la siguiente información, misma que a continuación se detalla:

50.1 Nota médica del 4 de diciembre de 2018, en la que después de la valoración física y las referencias de malestares de V1, personal del Área Médica del CEFERESO No. 16, determinó el diagnóstico de estrés emocional.

50.2 Memorándum CFRS16/DS/SUB-DIR-SC/2229/2019, del 3 de mayo de 2019, en el cual AR9 señaló el incidente de autoagresión de V1, indicando que "*se le observó golpear la pared con su puño derecho, así como morderse su antebrazo izquierdo*".

50.3 Reporte de aprovechamiento del plan de actividades emitido por personal de la Dirección Técnica del CEFERESO No. 16, en el cual se establece que a V1 se le proporcionó atención psicológica en el periodo comprendido del 11 de diciembre de 2018 al 13 de diciembre de 2019.

50.4 Nota médica del 4 de septiembre de 2020, en la que se aprecia el señalamiento de V1 referente a que, derivado de los fallecimientos de una

compañera de su módulo y un familiar, comenzó a presentar alucinaciones visuales y auditivas, situación que la llevó a autoagredirse hasta sangrar, por lo que se estableció como diagnóstico heridas puntiformes y abrasiones en cara interna de muñeca izquierda por autoagresión, así como probables trastorno de estrés y ansiedad, emitiendo como parte del plan de tratamiento la valoración urgente por Psiquiatría.

50.5 Parte informativo del 5 de octubre de 2020, elaborada por PSP14, en el cual asentó lo siguiente: "*encontrándome al interior del pabellón, escucho gritos, donde se encuentra ubicada V1, observando que se había cortado aparentemente, al cuestionarle el motivo de su actuar y con que objeto se lastimó, refiere lo siguiente: yo fui la del problema porque tienen encerradas a mis compañeras, y que les importa con que me lastimé, negándose a referir con que objeto se autoagredió*".

50.6 Nota médica del 12 de diciembre de 2020, de la que destaca el señalamiento de V1 a personal médico del CEFERESO No. 16, referente a que desde hace 2 meses no la había valorado la especialidad de Psiquiatría, por lo que se requirió la atención respectiva.

50.7 Actualización y/o modificación del plan de actividades, servicios de salud mental del CEFERESO No. 16, del 21 de mayo de 2021, en el cual se cambiaron las actividades de V1 acorde a sus características, corroborando con ello las establecidas en el plan de ingreso del 29 de noviembre de 2018.

50.8 Nota médica del 26 de mayo del 2021, en la cual V1 refirió a personal médico del CEFERESO No. 16 un estado emocional cambiante con llanto fácil, indiferencia al miedo e ideas suicidas, por lo cual se estableció como diagnóstico, trastorno depresivo.

50.9 Parte informativo CFRS16/1ª.Cía/1780/2021, del 12 de junio de 2021, en el cual PSP15 informó a AR5, que PPL12 le habría hecho del conocimiento que V1 se estaba autolesionado, por lo cual se dirigió con V1 a efecto de verificar su integridad, al acudir se percató que V1 contaba con unos rasguños en el antebrazo izquierdo.

50.10 Nota médica del 15 de junio de 2021, de la cual destaca que V1 solicitó a personal de Medicina General del CEFERESO No. 16 la renovación del medicamento de insomnio, ya que aducía autoagresiones por situaciones familiares, por lo que fue emitido el diagnóstico de trastorno ansioso depresivo y se estableció que continuara con el tratamiento médico.

50.11 Parte informativo CFRS16/SSC/2ª.Cía/2130/2021, del 1 de julio de 2021, en el cual AR5 señaló a AR7 que V1 sostuvo un altercado físico con PPL10 y PPL11, que posterior a las agresiones fue enviada al área médica del CEFERESO No. 16 para valoración y certificación.

51. Opinión Especializada en Materia de Psicología, PSIC/135/05-2022, del 10 de febrero de 2023, emitida por personal especializado de la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de la Comisión Nacional, referente a las causas del deceso de V1.

❖ **Expediente CNDH/3/2022/9215/Q**

52. Acta circunstanciada del 3 de agosto de 2022, en la cual personal de esta Comisión Nacional recabó el testimonio de PPL1, quien indicó que el 20 de julio de ese mismo año, V2 se suicidó en el Módulo B, refiriendo que aquella estuvo inquieta todo el día y alterada porque no le estaban dando el medicamento prescrito por el

Psiquiatra de la forma en la que se lo indicó.

53. Acta Circunstanciada del 26 de agosto de 2022, en la cual personal de esta Comisión Nacional recabó diversa información relacionada con V2, entre la cual destaca por su importancia la siguiente:

53.1 Memorándum CFRS16/DS/6069/2022, del 5 de agosto de 2022, en el cual AR7 remitió diversas constancias a PSP16, entre otras:

53.1.1 Nota médica, del 20 de enero de 2022, en la cual V2 le indicó a personal del Área Médica del CEFERESO No. 16, que acudió por haber presentado una crisis convulsiva que fue reportada por personal de Seguridad, teniendo como diagnóstico crisis epilépticas y medicamento hasta la valoración por Psiquiatría.

53.1.2 Nota médica del 28 de enero de 2022, en la cual se determinó que V2 presentaba datos de intoxicación por medicamentos, diagnosticando trastorno por abuso y dependencia a sustancias e intoxicación por fármaco remitida.

53.1.3 Nota médica del 15 de febrero de 2022, en la cual V2 refirió antecedente de esquizofrenia y estar en seguimiento por la especialidad de Psiquiatría al padecer trastorno psicótico esquizofreniforme orgánico, su solicitud de atención médica se dio debido a haberse autoagredido por estrés, ansiedad, desesperación y por no ser reubicada en donde había solicitado, por lo cual se diagnosticó trastorno psiquiátrico en manejo.

53.1.4 Nota médica del 10 de junio de 2022, en la cual se diagnosticó con trastorno psiquiátrico en manejo, por lo que se indicó como plan de

tratamiento, continuar con el manejo establecido por el Psiquiatra el 31 de mayo de ese mismo año.

53.1.5 Parte informativo CFRS16/SSC/2ª.Cía/2442/2022, del 21 de julio de 2022, en el cual AR10 informó a AR7 que el 20 del mismo mes y año al encontrarse con PPL1, esta le comentó "*Oficial, ya se colgó* V2", por lo que de inmediato solicitó la apertura del interior, al ingresar observó a V2 recostada en el piso y a PPL13 encima de ella proporcionándole RCP, por lo que emitió Código Blanco, además de solicitar el apoyo de PSP4, PSP17 y PSP18, quienes manifestaron que a las 20:17 horas se registró el deceso de V2, causado por asfixia por ahorcadura.

54. Oficio PRS/UALDH/DDH/11911/2022, del 11 de octubre de 2022, en el cual personal de la UALDH remitió diversa información relacionada con V2, a esta Comisión Nacional, de la cual por su importancia destaca la siguiente:

54.1 Oficio SSPC/CGCF/CFRS16/DG/18905/2022, del 7 de octubre de 2022, en el cual AR4 envío diversas documentales relacionadas con el requerimiento de información realizado por esta Comisión Nacional:

54.1.1 Reporte de aprovechamiento del Plan de actividades 01, del 19 de mayo de 2017, elaborado, revisado y aprobado por personal del área de Psicología del CEFERESO No. 16, del cual se indicó que respecto de V2 "*vislumbrando fallas en la regulación emocional ante situaciones estresantes, respondiente de manera inadecuada, tendiente a la agresividad introyectada como medio de expresión ante la demora de gratificación inmediata, rasgos de personalidad manifestados en este periodo de evaluación, incurriendo en conductas lesivas reiteradamente…-… Respecto a sus relaciones interpersonales, presenta fallas en la interpretación de juicios de valor,*

tendiente a transferir la responsabilidad a factores exógenos, reaccionando impulsivamente ante las demandas realizadas a su medio, de egocentrismo alto y baja empatía hacia un grupo, desvinculando su compromiso para con ellos, mostrando actitud suspicaz ante su ambiente de desarrollo, generando contactos superficiales e inestables, susceptible a relaciones fluctuantes así como utilitarias que atiendan a sus necesidades afectivas".

54.1.2 Reporte de aprovechamiento del Plan de Actividades 04, del 8 de mayo de 2020, elaborado, revisado y aprobado por personal del área de Psicología del CEFERESO No. 16, del cual destaca que en relación a V2 "*En lo que concierne a su adaptabilidad a su actual contexto, esta se percibe de manera inapropiada derivado de los incidentes de conducta que presenta, siendo latente su agresividad física y verbal denotando conflictos hacia las figuras de autoridad, lo cual ha reflejado en los 06 reportes de conducta en los que se ha visto involucrada, manifestando dificultad para actuar con apego a los lineamientos establecidos.*"

54.1.3 Informe del Plan de Actividades, del 17 de mayo de 2021, elaborado, revisado y aprobado por personal del Área Técnica del CEFERESO No. 16, del cual se aprecia que, respecto a la atención Psicológica, de las 82 sesiones programadas, asistió 82 veces, cumpliendo en su totalidad con las valoraciones individuales emitidas por dicha especialidad y su comportamiento tuvo la observación como refractaria[5].

54.1.4 Informe del Plan de Actividades, del 16 de mayo de 2022, elaborado, revisado y aprobado por personal del Área Técnica del CEFERESO No. 16, del cual se aprecia que, respecto a la atención Psicológica, de las 30 sesiones programadas, acudió 26 veces y tuvo 4 inasistencias, en las cuales

[5] Refractaria: individuo que rechaza el cumplimiento de una obligación o de un deber.

destaca que sus relaciones sociales, se caracterizaban por ser inconsistentes e intensas, rigiéndose por pensamientos polarizados, denotando conflicto en la regulación emocional ante dinámica grupal.

54.1.5 Nota de Psiquiatría del 13 de julio de 2022, en la cual V2 refirió a personal médico del CEFERESO No. 16 el consumo de drogas, crisis convulsivas con tratamiento y autoagresiones, cabe destacar que en la nota en comento se añadió que la expresión de este padecimiento se realizó en favor de obtener una ganancia secundaria.

54.1.6 Registro de suministro de medicamento del 14 de julio de 2022, en la cual se aprecia que V2 asentó inconformidad con la atención, así como a la falta de entrega del medicamento “sertralina”.

54.1.7 Tarjeta Informativa 484/2022, del 20 de julio de 2022, en la cual PSP4 y PSP17 informaron a AR4 el deceso de V2, indicando que después de atender una llamado por la población penitenciaria, acudieron al dormitorio, observando a V2 en el suelo, por lo cual activaron el Código Blanco.

54.1.8 Nota informativa PSIC/0618/2022, del 29 de septiembre de 2022, en la cual PSP21 dio respuesta a PSP1 respecto de las acciones realizadas a V2 durante su estancia en el CEFERESO No. 16, entre la cual destaca que de acuerdo al Protocolo de Detección, se lleva a cabo el *Procedimiento de detección de pensamientos y conductas suicidas en personas privadas de la libertad de nuevo ingreso al Centro Federal*, el cual es replicado de forma semestral a toda la población penitenciaria.

55. Acta circunstanciada del 21 de marzo de 2023, en la cual personal de esta Comisión Nacional se entrevistó con PSP19 y AR11, a fin de conocer el estado de la

Carpeta de Investigación 2 por el Delito 2, del mismo modo se proporcionaron los siguientes documentales:

55.1 Oficio FGE/FEDF/OFICIO-752/2022-12, del 16 de diciembre de 2022, en el cual PSP19 señaló que el 20 de julio de ese mismo año, se recibió el reporte por parte de PSP8, referente a que V2 fue encontrada sin vida por suspensión en su celda al interior del CEFERESO No. 16, lo que implicó la activación del Protocolo con Perspectiva de Género, lo que inició la Carpeta de Investigación 2.

55.1.1 Registro de Carpeta de Investigación 2, iniciada en favor de V2, del cual se desprende la activación del Protocolo de Actuación con Perspectiva de Género.

55.1.2 Dictamen de Necropsia, de 29 de julio de 2022, realizado por PSP20, en el cual se determinó que la causa del deceso de V2 fue asfixia por suspensión.

55.1.3 Dictamen de fotografía forense**,** de 21 de julio de 2022, elaborado por PSP21, en el cual se realizaron las tomas fotográficas filiativas de cuerpo completo, frente y ambos perfiles, así como lesiones y señas particulares de V2.

55.1.4 Entrevista realizada a T1, en la cual destaca su testimonio en el incidente del 20 de julio de 2021, referente al deceso de V2.

55.1.5 Narrativa de los hechos del 20 de julio de 2022, en el que PSP8 asentó las diligencias realizadas con motivo del deceso de V2, indicando que los indicios que fueron señalizados, fijados, recolectados, embalados y

trasladados por los servicios periciales para las actuaciones correspondientes, posteriormente se realizó el levantamiento de cadáver de V2 y su traslado a la Fiscalía Estatal.

55.1.6 Informe Policial Homologado del 21 de julio de 2022, sobre la puesta a disposición del cuerpo de V2.

56. Informe emitido por PSP6 el 9 de agosto de 2023, a través del cual se hizo del conocimiento a esta Comisión Nacional que referente a la Carpeta de Investigación 2, la misma fue remitida mediante acuerdo de remisión por incompetencia a la Fiscalía General, dando inicio a la Carpeta de Investigación 2 A.

❖ **Expediente CNDH/3/2023/4932/Q**

57. Memorándum CFRS16/DT/6971/2022, del 19 de julio 2022, a través del cual AR1 solicitó a PSP22, se realizaran las gestiones administrativas necesarias para proporcionar el recurso económico, a fin de que se brindara a V3 la valoración por Psiquiatría.

58. Nota médica del 3 de enero de 2023, en la cual V3 refirió periodos de sudor extremo, dificultad para dormir, ansiedad y temblor en manos de tipo “tic”, que desde que ingresó al CEFERESO No. 16, además de dolor intenso en la mandíbula, por lo cual fue diagnosticada con síntomas ansiosos, trastorno por consumo y dependencia, solicitándose la valoración por las especialidades de Psicología y Psiquiatría.

59. Nota médica del 19 de marzo de 2023, en la cual PSP23 detalló que en esa misma fecha, aproximadamente a las 22:18 horas se recibió alerta del Área de Seguridad, por lo que acudió al Módulo C, al arribar, esto es a las 22:23 horas,

encontró a V3 postrada en el suelo, observó marcas eritematosas en cuello y extremidades superiores e inferiores sin rigidez, quien no respondió a los estímulos verbales o táctiles, por lo que procedió a constatar movimientos respiratorios y presencia de pulsos arteriales, los cuales estaban ausentes, por lo que se iniciaron maniobras de reanimación por espacio de 7 minutos, sin obtener resultados, declarando como hora de defunción las 22:35 horas y como causa del mismo paro cardiorrespiratorio secundario a probable asfixia por ahorcamiento.

60. Acta circunstanciada del 21 de marzo de 2023, en la cual personal de esta Comisión Nacional asentó que el 19 del mismo mes y año, se informó del suicidio de V3 quien habitaba en el Módulo C, además de recabar el testimonio de PPL14, quien mantenía una relación afectiva con V3 y refirió que el día del deceso habló de separarse sentimentalmente de V3, lo que consideró un discusión normal, que V3 no se autoagredía, ni tenía lesiones ni marcas, no se automedicaba y jamás refirió ideación suicida, que el día del evento acudió al Módulo C percatándose que la celda estaba cubierta por sábanas, posterior a ello escuchó a otras personas privadas de la libertad señalar que no hiciera eso, por lo cual comenzaron a pedir ayuda a personal de Seguridad y Custodia, quienes acudieron aproximadamente 20 minutos después, junto con una persona servidora pública, sin especificar de quien se trataba, adscrito al Servicio Médico, el cual 7 minutos después determinó que V3 ya había fallecido.

61. Acta circunstanciada del 22 de marzo de 2023, en la cual personal de esta Comisión Nacional recabó el testimonio de PPL15, quien señaló que el día del deceso de V3, personal de Seguridad y Custodia cerró las puertas de los dormitorios a las 22:00 horas, que todo transcurría con regularidad hasta que mujeres privadas de la libertad comenzaron a gritar que V3 se estaba colgando, que pasaron aproximadamente 20 minutos hasta que llegó personal de Seguridad y Custodia, mismo que tardó otros 5 minutos en ingresar al dormitorio de V3 para bajarla y

auxiliarla, que tenía conocimiento de que el fin de semana anterior a su deceso, otras personas privadas de la libertad intentaron suicidarse y aunque no lo lograron esto impactó en el estado anímico de sus compañeras del Módulo C, refiriendo que todas coincidieron en sentirse temerosas, tristes y molestas pues han ocurrido 4 decesos y nadie hace nada.

62. Nota informativa 279/2023, del 23 de marzo de 2023, en la que PSP21 informó a AR1 que respecto de la atención psicológica proporcionada en el CEFERESO No. 16 a V3, personal del Área de Psicología refirió que se había "*proporcionado atención psicológica individual a V3, de acuerdo a sus necesidades emocionales, registrando como última fecha de atención el día 20 de enero de la presente anualidad*".

63. Lista de asistencia a servicios, oficina de Psicología, en la cual se observó que se proporcionó atención por la especialidad en mención a V3, en fechas 17 y 25 de enero, 10, 16 y 23 de febrero, 3, 13, 14, 15, 16 y 17 de marzo de 2023.

64. Acuerdo del 28 de marzo del 2023, a través del cual esta Comisión Nacional inició de oficio la investigación requerida, dando origen al expediente **CNDH/3/2023/4932/Q.**

65. Informe de Remisión de la Carpeta de Investigación 3, del 1 de junio de 2023, en la cual AR12 hace del conocimiento la remisión de esta a personal de la Fiscalía General, por la incompetencia para investigar el Delito 3 cometido en contra de V3.

66. Oficio FGE/FEDF/DG-049/2023-07, del 23 de julio de 2023, a través del cual PSP5 solicitó a esta Comisión Nacional, que el expediente de queja CNDH/3/2023/4932/Q fuera archivado y concluido, aludiendo irregularidades en su admisión y tramite por parte de este Organismo Nacional.

67. Correo electrónico institucional, del 24 de agosto de 2023, a través del cual personal de la Jefatura de Unidad Jurídica de la Dirección General de Prevención y Reinserción Social, de la Secretaría de Seguridad del Gobierno del Estado de México remitió diversas constancias de atención médica y psicológica de V3, durante su estancia en el Centro Penitenciario y de Reinserción Social en Nezahualcóyotl, Estado de México, entre el cual destaca:

67.1 Nota de valoración del 29 de octubre de 2020, en el cual V3 refirió problemas para conciliar el sueño o pérdida de apetito.

67.2 Reporte psicológico para traslado del 6 de enero de 2022, en el cual V3 mostró desinterés en la participación en actividades individuales y grupales, además de señalar antecedentes de consumo de marihuana.

68. Oficio CUE-EIL-E3C6-925/2023, del 29 de agosto de 2023, en el cual PSP24 informó a personal de la Oficina de Supervisión Especial en la Fiscalía Especializada de Control Regional de la Fiscalía General, que la Carpeta de Investigación 3, se devolvió el 12 de julio de 2023 por incompetencia externa a la Fiscalía Estatal, toda vez que, no se cumplían los requisitos de la competencia federal previstos en el artículo 51 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación.

- **Expediente CNDH/3/2023/11858/Q**

69. Parte Informativo del 24 de julio del 2023, con base en la activación del Código Blanco, en la cual AR13 informó lo siguiente "*me dirijo al* Módulo D*, ingresando aproximadamente a las 20:39 horas, escucho gritos del resto de la población interna, quienes me decían diríjase al* Módulo D *porque ya se colgó, observando recostada en el suelo* V4*, acto seguido la llamo verbalmente por su nombre al tiempo que emito el código blanco y procedo a brindar los primeros auxilios sin obtener respuesta alguna de su parte, visualizo inmovilidad de cuerpo y extremidades, momento en el*

que ingresa personal de Seguridad y Custodia, Encargada de compañía y Encargadas de zona para brindar apoyo, así mismo se solicita se dirijan al Pabellón II*, por personal de área médica, a las 20:40 horas aproximadamente arriban al lugar, para atender y valorar los signos vitales de* V4*, observando que se realizan las acciones de RCP, posteriormente ingresa PSP23, quien valora los signos de* V4*, siendo las 20:50 horas, el deceso.*"

70. Nota en red social (Facebook), del 25 de julio de 2023, en la cual se señala la muerte de una mujer privada de la libertad al interior del CEFERESO No. 16.

71. Acta Circunstanciada del 31 de julio de 2023, en la cual personal de esta Comisión Nacional señaló que entabló comunicación con PSP25, en relación a la publicación en red social del 25 del mismo mes y año, quien informó del deceso de V4 ocurrido el 24 de ese mes y año.

72. Acta Circunstanciada del 4 de agosto de 2023, en la que personal de esta Comisión Nacional recabó el testimonio de PPL14, quien le indicó que V4 llevaba 2 días muy inquieta y triste, puesto que recibió una llamada telefónica en la cual habría tenido problemas con sus familiares, su estado anímico decayó.

73. Respuesta a esta Comisión Nacional suscrita por PSP5, del 24 de agosto de 2023, en la se informó vía oficio, sin número, el inició de la Carpeta de Investigación 4 por el Delito 4, que el encargado de la investigación es AR11, que las diligencias realizadas fueron el Informe Policial Homologado, del 25 de julio de 2023; que los indicios fueron localizados, documentados fotográficamente, recolectados, embalados, sellados, etiquetados y trasladados a las áreas correspondientes para su estudio; que el 31 del mismo mes y año se realizó el acta entrega del cuerpo de V4, que se recabaron los testimonios de T2 y T3 y que se activó el Protocolo con Perspectiva de Género.

74. Acuerdo del 10 de agosto del 2023, a través del cual esta Comisión Nacional inició de oficio la investigación requerida, dando origen al expediente **CNDH/3/2023/11858/Q.**

75. Oficio SSPE/DEPyMJ/13031/2023, del 8 de septiembre de 2023, en el cual personal de la Dirección de Ejecución de Penas y Medidas Judiciales del Sistema Penitenciario, Prevención y Reinserción Social, de la Secretaría de Seguridad Pública del Estado de Chihuahua, remitió notas y diagnósticos médicos y psicológicos relacionados con V4 a esta Comisión Nacional, de los que se destaca:

75.1 Informe psicológico del 30 de agosto de 2023, en el cual personal de la Coordinación del área de Psicología del Centro de Reinserción Social Estatal Femenil, Número 2, en Ciudad Juárez, Chihuahua, señaló que respecto a la participación de V4 en esa área, su desempeño fue de manera desfavorable, puesto que únicamente requirió la valoración por una crisis emocional y posterior a ello dejo de asistir.

76. Oficio FGE/FEDF/OF-466/2023-10, del 4 de octubre de 2023, en el que PSP5 informó a esta Comisión Nacional, que diversas carpetas de investigación se iniciaron con motivo de los decesos ocurridos de asfixia por ahorcadura en el CEFERESO No. 16, entre otras, la Carpeta de Investigación 4.

77. Oficio PRS/UALDH/17479/2023, del 4 de diciembre de 2023, mediante el cual personal de la UALDH remitió diversa información relacionada con V4, de la cual por su importancia destaca la siguiente:

77.1 Nota médica del 3 de febrero de 2023, en la cual PSP3 asentó que V4 acudió a valoración médica por referir intento de autoagresión (perder la vida)

pero derivado de que personal de Seguridad y Custodia se percató en el momento no hubo mayores consecuencias, además PSP3 señaló que V4 acotó sentirse mal emocionalmente por problemas familiares hasta el punto de querer ahorcarse, por lo cual fue diagnosticada con trastorno depresivo

77.2 Nota informativa PSIC/1273/2023, del 14 de julio de 2023, en la cual AR18 informó a AR19 la atención psicológica proporcionada a V4, quien externó que derivado de una ruptura emocional con otra mujer privada de la libertad, tuvo una aparente inestabilidad anímica, lesionándose en antebrazos derecho e izquierdo con un vidrio, justificando su actuar desde la vulnerabilidad emocional, por lo cual manifestó comportamientos autolesivos, respecto de esta atención psicológica AR18 señaló que la atención brindada a V4 fue escucha activa.

77.3 Nota médica del 24 de julio de 2023, en la cual PSP23 señaló que en misma fecha a las 20:44 horas se presentó personal de Seguridad y Custodia en el área de Enfermería, solicitando la atención médica inmediata en el Módulo D, al cual arribó aproximadamente a las 20:47 horas, al acudir encontró a V4 postrada en el suelo de su estancia portando el uniforme del CEFERESO No. 16 y a una persona servidora pública de enfermería concluyendo un ciclo de maniobras de reanimación a V4, sin obtener resultados, PSP23 observó en V4 pupilas midriáticas con macroglosia, en cuello marcas eritematosas, leve cianosis peri bucal y en extremidades superiores e inferiores, sin rigidez, además de señalar que V4 no respondió a estímulos verbales o táctiles, por lo cual constató que los movimientos respiratorios y la presencia de pulsos arteriales carotidea, radial y pedio, estaban ausentes, declarando como hora de defunción a las 20:50 horas.

❖ **Expediente CNDH/3/2023/11859/Q**

78. Acta Circunstanciada del 2 de agosto de 2023, en la cual AR14 informó a personal de esta Comisión Nacional que ese día a las 11:00 horas aproximadamente ocurrió el deceso de V5.

79. Acta Circunstanciada del 3 de agosto de 2023, en la cual personal de esta Comisión Nacional asentó que sostuvo comunicación con VI10, quien le refirió que el 2 de agosto de 2023, una persona servidora pública del CEFERESO No. 16 llamó por teléfono a VI18, informándole del deceso de V5, que no tenía caso que fuera porque en ese momento personal de la Fiscalía Estatal se encontraba realizando las diligencias necesarias, por último VI10 indicó que V5 era víctima de agresiones físicas por parte de personal de Seguridad y Custodia.

80. Acuerdo del 10 de agosto del 2023, a través del cual esta Comisión Nacional inició de oficio la investigación requerida, dando origen al expediente **CNDH/3/2023/11859/Q.**

81. Informe del 25 de agosto de 2023, firmado por PSP1, en el cual informó a este Organismo Autónomo que se dio inició a la Carpeta de Investigación 5 por el Delito 5, la cual está a cargo de AR12, que se realizó el Informe Policial Homologado el 2 de agosto de 2023, que los indicios fueron todos documentados fotográficamente, recolectados, embalados, sellados, etiquetados y trasladados al área correspondiente para su estudio, que el 3 del mismo mes y año se autorizó la entrega legal del cuerpo de V5 y que se recabó el testimonio de T4.

82. Oficio PRS/UALDH/17612/2023, del 6 de diciembre de 2023, a través del cual personal de la UALDH remitió diversa información relacionada con V5, de la cual por su importancia destaca la siguiente:

82.1. Oficio SSPC/CGCF/CFRS16/DG/29384/2023, del 5 de diciembre de 2023, en el cual PSP35 informó a personal de la UALDH que anexó copia del

expediente clínico de V5, además de señalar lo siguiente:

- Respecto a si V5 contaba con ideación suicida, PSP35 manifestó que tenía una impresión diagnóstica de trastorno de la personalidad antisocial, pero de la valoración psicológica se desprende que no ostentó ideación suicida; adicionalmente señaló que a su ingresó se le proporcionó el Tríptico de “Prevención del Suicidio”, además de otorgarle los inventarios correspondientes, sin precisar los mismos.

- Que el área de Seguridad y Custodia rindió parte informativo del 2 de agosto de 2023, referente a la perdida de la vida de V5, la cual se ubicaba en el Módulo H, que contaba con las mismas medidas de vigilancia que el resto de la población penitenciaria del CEFERESO No. 16 y que tenía comunicación telefónica con VI10.

82.2 Nota médica del 9 de febrero de 2023, en la cual PSP3 asentó que V5 refirió cambio de humor constante, “explotar rápido” y en ocasiones no dormir, por lo cual fue diagnosticada con síntomas ansiosos y probable trastorno límite, además de requerir de valoración urgente por Psiquiatría.

82.3 Nota médica del 1 de agosto de 2023, en la cual PSP3 asentó que V5 refirió sentirse mal, con pérdida de apetito, autoagresiones y cambio de humor repentino, por lo cual fue diagnosticada con probable trastorno de ansiedad y se requirió la valoración urgente por Psiquiatría.

❖ **Expediente CNDH/3/2023/12605/Q**

83. Acta Circunstanciada del 14 de agosto de 2023, en la que personal de esta Comisión Nacional informó que PSP26 hizo del conocimiento el deceso de V6, argumentando que esto sucedió después de la separación con su esposa.

84. Acuerdo del 18 de agosto del 2023, a través del cual esta Comisión Nacional inició de oficio la investigación requerida, dando origen al expediente **CNDH/3/2023/12605/Q.**

85. Oficio SSPE/DEPy MJ/13438/2023, del 15 de septiembre de 2023, en el cual personal de la Dirección de Ejecución de Penas y Medidas Judiciales del Sistema Penitenciario, Prevención y Reinserción Social, de la Secretaría de Seguridad Pública del Estado de Chihuahua remitió a esta Comisión Nacional las valoraciones médicas y psicológicas proporcionadas a V7, de las que se destacan la siguientes:

85.1 Estudio psicológico inicial del 24 de agosto de 2021, en el cual se diagnosticó a V7 con rasgos del trastorno de la personalidad histriónica, indicando búsqueda de atención, presentando cambios rápidos y expresión plana de las emociones, además de definirla como sugestionable, fácilmente influenciable.

86. Informe del 7 de septiembre de 2023, en el cual PSP1 hizo del conocimiento a este Organismo Autónomo que se dio inició a la Carpeta de Investigación 6 por el Delito 6, la cual está a cargo de AR12, que el 15 de agosto de 2023, se realizó el Informe Policial Homologado; que los indicios fueron todos documentados fotográficamente, recolectados, embalados, sellados, etiquetados y trasladados al área correspondiente para su estudio; que el 17 del mismo mes y año se autorizó la entrega legal del cuerpo de V6 y que se obtuvo el testimonio de T5.

- **Expediente CNDH/3/2023/13694/Q**

87. Parte Informativo del 3 de septiembre de 2023, en el cual AR15 informó que el 3 de septiembre de 2023, acudió al Módulo E con motivo del comportamiento de las mujeres privadas de la libertad, al ingresar observó que la población se encontraba alterada y escuchaba gritos de "*oficial apertura ya se colgó*", por lo que solicitó apoyo vía radio y la activación del Código Blanco, a las 05:55 horas ingresó al Módulo E, quienes le impiden el acceso y le arrojan diversos artículos, a las 06:02 horas acceso personal de apoyo para verificar los signos vitales de V7, quien presentaba inmovilidad en cuerpo y extremidades, por lo que se solicitó nuevamente el apoyo de PSP28, quien llegó a las 06:13 horas y después de verificar los signos vitales de V7 determinó a las 06:15 horas, el deceso.

88. Acta Circunstanciada del 4 de septiembre de 2023, en la cual personal de esta Comisión Nacional asentó que recibió la llamada de PSP27, quien confirmó que el 3 del mismo mes y año ocurrió el deceso de V7.

89. Acuerdo del 13 de septiembre del 2023, a través del cual esta Comisión Nacional inició de oficio la investigación requerida, dando origen al expediente **CNDH/3/2023/13694/Q.**

90. Acta Circunstanciada del 19 de septiembre de 2023, en la cual personal de esta Comisión Nacional recabó diversa información relacionada con V7, de la cual por su importancia destaca la siguiente:

> **90.1** Acta Circunstanciada del 6 de septiembre de 2023, en la cual se asentó el testimonio de PPL17, quien refirió ser pareja sentimental de V7 y que argumentó "*no recuerdo mucho porque estaba bien chocha, que me fui a trabajar a industrias y fueron por mi para avisarme lo que había pasado*"

90.2 Acta Circunstanciada del 6 de septiembre de 2023, en la cual se recabó el testimonio de PPL18, quien refirió ser amiga de V7, por lo que su deceso fue algo muy impactante, en virtud de que era tranquila y no se metía en problemas, aunque indicó que llevaba una relación complicada con su pareja sentimental.

91. Escrito de queja del 20 de septiembre de 2023, promovido por Q a favor de V7, en el cual refirió que el 3 del mismo mes y año, personal del CEFERESO No. 16 se contactó telefónicamente con ella para informarle del deceso de V7, aludiendo que el mismo se trató de un suicidio, además de informar que al acudir al SEMEFO de Jojutla le mencionaron diversos hechos irregulares en la forma en que se encontró a V7, pues le indicaron que habitaba sola y que de las imágenes mostradas, no coinciden puesto que le presentaron 2 imágenes del dormitorio donde habitaba, una de ella con cortinas y la otra sin dicho artefacto, además de referir que no se le especificó la mecánica del suicidio de V7.

92. Informe del 17 de octubre de 2023, en el cual PSP1 aseveró a este Organismo Autónomo que se dio inició a la Carpeta de Investigación 7 por el Delito 7, la cual está a cargo de AR12, que el 3 de septiembre de 2023, se realizó el Informe Policial Homologado; que los indicios fueron todos documentados fotográficamente, recolectados, embalados, sellados, etiquetados y trasladados al área correspondiente para su estudio; que el 4 del mismo mes y año se autorizó la entrega legal del cuerpo de V7 a VI12, y que se recabó el testimonio de T6.

- **Expediente CNDH/3/2023/15485/Q**

93. Acta Circunstanciada, del 21 de septiembre de 2023, en la cual personal de

esta Comisión Nacional asentó que se entrevistó con AR16, quien le informó que V8 se suspendió en el Módulo F, argumentando que tenía poco más de 1 mes de haber ingresado al CEFERESO No. 16, que no estaba en lista de riesgo suicida, pues era sumamente tranquila; sin embargo, tuvo conocimiento que V8 manifestó a sus compañeras que tras la visita de su defensor público, este le comentó que "*no podía hacer nada por ella y ya sabía lo que le esperaba*".

94. Acuerdo del 28 de septiembre del 2023, a través del cual esta Comisión Nacional inició de oficio la investigación requerida, dando origen al expediente **CNDH/3/2023/15485/Q.**

95. Informe del 9 de octubre de 2023, en el cual PSP1 señaló a personal de este Organismo Autónomo que se dio inició a la Carpeta de Investigación 8 por el Delito 8, misma que está a cargo de AR12, que se realizó el Informe Policial Homologado el 21 de septiembre de 2023, que los indicios fueron todos documentados fotográficamente, recolectados, embalados, sellados, etiquetados y trasladados al área correspondiente para su estudio, que el 22 del mismo mes y año se autorizó la entrega legal del cuerpo de V8 a VI13 y VI14, y que se tuvieron los testimonios de T7 y T8.

96. Oficio SSPC/CGCF/CFRS16/DG/23949/2023, del 10 de octubre de 2023, en el cual AR16 informó que referente a las valoraciones realizadas a V8 por personal del Área de Psicología en el CEFERESO No. 16, se emitió la impresión diagnóstica de trastorno de la personalidad antisocial, no habiendo señales de conducta de alerta suicida, por lo que no se activó el Protocolo de Detección.

97. Oficio PRS/UALDH/17390/2023, del 1 de diciembre de 2023, suscrito por personal de la UALDH, en el cual remitieron diversa documentación relacionada con V8, de la cual por su importancia destaca la siguiente:

97.1 Nota médica del 2 de septiembre de 2023, en la cual personal médico del CEFERESO No. 16 asentó que V8 se mantuvo en observación en el área hospitalización de ese establecimiento penitenciario después de habérsele encontrado en estado de flacidez muscular generalizada[6] y dificultad para hablar, por lo cual fue diagnosticada con probable sincope[7].

97.2 Nota médica del 21 de septiembre de 2023, en la cual PSP34 asentó que el 21 de septiembre de 2023, siendo las 02:11 horas se presentó personal de Seguridad y Custodia en el consultorio médico, solicitando atención médica de manera inmediata en el Módulo F, a las 02:15 horas arribó el vehículo para traslados a la unidad hospitalaria del CEFERESO No. 16 quien la llevó al sitio en comento, llegando a ese lugar a las 02:19 horas aproximadamente, cuando se encontró a V8 postrada en el suelo de su estancia portando el uniforme de ese lugar de reclusión, siendo que en el Módulo F ya se encontraba personal de Seguridad y Custodia concluyendo un ciclo de maniobras de reanimación; no obstante, PSP34 procedió a realizar 2 ciclos de más de reanimación (RCP) con el apoyo de la bolsa válvula resolvoria (sic) sin obtener resultados y sin presencia de signos vitales, por lo cual observó las pupilas midriáticas[8] de V8 con macroglosia[9], marcas eritematosas en cuello, leve cianosis peri bucal con presencia de sangrado y en extremidades superiores e inferiores sin rigidez, además de señalar que V8 no respondió a estímulos verbales o táctiles, por lo que procedió a constatar los movimientos respiratorios y la

[6] Ocurre en la musculatura subcutánea, y acomete la fuerza de los músculos por el desgaste de las fibras de sustentación. Esta acción se caracteriza por la disminución de las proteínas que dan vigor a estas fibras.
[7] El síncope, definido como una pérdida transitoria de conciencia que cursa con recuperación espontánea y sin secuelas que se debe a una hipoperfusión cerebral general y transitoria
[8] La midriasis es una respuesta del organismo que genera la expansión de la pupila como reacción a la luz tenue para intensificar la agudeza visual.
[9] Trastorno en el que la lengua es más grande de lo normal.

presencia de pulsos arteriales carotidea, radial y pedio en V8, los cuales indicó estaban ausentes, estableciendo como hora de defunción las 02:25 horas, con diagnóstico de paro cardiorrespiratorio secundario a probable asfixia por ahorcamiento.

- **Expediente CNDH/3/2023/17509/Q**

98. Oficio V3/78990, del 16 de noviembre de 2023, en el cual esta Comisión Nacional solicitó a personal de la UALDH, información relacionada la atención médica, psicológica y psiquiátrica, así como si se aplicó el Protocolo de Detección proporcionada a V9 en el CEFERESO No. 16.

99. Oficio V3/78989, del 16 de noviembre de 2023, en el cual esta Comisión Nacional solicitó a PSP5, las diligencias realizadas por la Fiscalía Estatal en razón del deceso de V9 y si se inició carpeta de investigación por tales hechos; así como dicha indagatoria para esclarecer la verdad de los hechos. las actuaciones realizadas y que servidor público se encuentra a cargo de la misma.

- **Expediente CNDH/3/2023/17510/Q**

100. Oficio V3/78994, del 16 de noviembre de 2023, en el cual esta Comisión Nacional solicitó a personal de la UALDH, información relacionada la atención médica, psicológica y psiquiátrica proporcionada a V10 en el CEFERESO No. 16.

101. Oficio V3/78993, del 16 de noviembre de 2023, en el cual esta Comisión Nacional solicitó a PSP5, las diligencias realizadas por la Fiscalía Estatal en razón del deceso de V10, si se inició carpeta de investigación, las actuaciones realizadas en la misma y que servidor público se encuentra a cargo.

102. Oficio FGE/FEDF/OFICIO-583/2023-11, del 27 de noviembre del 2023, a través del cual AR12, informó que el 4 de noviembre de 2023 se inició la Carpeta de Investigación 10, por el Delito 10, misma que está a cargo de AR12, que se activó el Protocolo con Perspectiva de Género suscrito por AR12, que en misma fecha se realizó el Informe Policial Homologado, que los indicios fueron todos documentados fotográficamente, recolectados, embalados, sellados, etiquetados y trasladados al área correspondiente para su estudio, que el 6 de noviembre de 2023 se autorizó la entrega legal del cuerpo de V10 a VI15 y VI16, que se recabó la entrevista con T9.

103. Oficio PRS/UALDH/17476/2023, del 4 de diciembre de 2023, a través del cual personal de la UALDH remitió de forma anexa documentación relacionada con el deceso de V10, de la cual por su importancia destaca la siguiente:

103.1 Memorándum CFRS16/DA/9208/2023, del 15 de noviembre de 2023, en el cual PSP33 informó a PSP29, que se logró establecer comunicación con familiares de V10, para apoyarlos en los trámites administrativos con una funeraria, lo cuales consistieron en traslado de cuerpo, preparación del cuerpo, adquisición del féretro, documentación y permisos requeridos por las autoridades.

- **Expediente CNDH/3/2023/17511/Q**

104. Oficio V3/78992, del 16 de noviembre de 2023, en el cual esta Comisión Nacional solicitó a personal de la UALDH, información relacionada la atención médica, psicológica y psiquiátrica proporcionada a V11 en el CEFERESO No. 16.

105. Oficio V3/78991, del 16 de noviembre de 2023, en el cual esta Comisión Nacional solicitó a PSP5, las diligencias realizadas por la Fiscalía Estatal en razón del deceso de V11, si se inició carpeta de investigación, las actuaciones realizadas

en la misma y que servidor público se encuentra a cargo.

- **Expediente CNDH/3/2023/18935/Q**

106. Reporte Médico del 28 de noviembre de 2023, en el que PSP31 señaló que derivado de la activación del Código Blanco realizó maniobras de RCP básico a V12; sin embargo, al no haber respuesta por parte de V12 posterior a los movimientos respiratorios aplicados por PSP31, esta última determinó su deceso a las 18:17 horas, estableciendo como la causa de la muerte paro cardiorrespiratorio secundario a probable asfixia mecánica.

107. Parte informativo del 28 de noviembre de 2023, suscrito por AR17, en el cual señaló que le informaron que una persona que vivía en el Pabellón III se intentaba suspender, al llegar a dicho lugar y solicitar la apertura de dicha área, con apoyo de PPL20, PPL21 y PPL22 cargaron de inmediato a V12 y entre todas lograron bajarla, colocándola en el suelo, la encargada de zona le tomó los signos vitales y comenzó a dar RCP, de igual forma pidió apoyo al Área Médica, quien continuó dando reanimación; sin embargo, observaron que salía vomito de su boca y nariz, siendo que PSP31 determinó como hora del deceso, las 18:17 horas.

108. Acta circunstanciada del 29 de noviembre de 2023, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la comunicación telefónica con PSP25, quien le informó del deceso de V12.

109. Acuerdo del 29 de noviembre de 2023, a través del cual esta Comisión Nacional inició de oficio la investigación requerida, dando origen al expediente **CNDH/3/2023/18935/Q**.

110. Oficio V3/082408, del 29 de noviembre de 2023, por medio del cual esta

Comisión Nacional solicitó a personal de la Fiscalía Estatal, información relacionada con V12 y las diligencias realizadas derivadas de su deceso.

111. Oficio V3/082409, del 29 de noviembre de 2023, por medio del cual esta Comisión Nacional solicitó a personal de la UALDH, información relacionada con V12 y la atención médica y psicológica proporcionada en el CEFERESO No.16.

- **Expediente CNDH/3/2023/19062/Q**

112. Acta circunstanciada del 6 de diciembre de 2023, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la comunicación telefónica con PSP25, quien le informó del deceso de V13 quien se ubicaba en el Módulo F.

113. Acuerdo del 12 de diciembre de 2023, a través del cual esta Comisión Nacional inició de oficio la investigación requerida, dando origen al expediente **CNDH/3/2023/19062/Q**.

114. Oficio V3/086409, del 12 de diciembre de 2023, por medio del cual esta Comisión Nacional solicitó a personal de la Fiscalía Estatal, información relacionada con V13 y las diligencias realizadas derivadas de su deceso.

115. Oficio V3/086410, del 12 de diciembre de 2023, por medio del cual esta Comisión Nacional solicitó a personal de la UALDH, información relacionada con V13 y la atención médica y psicológica proporcionada en el CEFERESO No.16.

116. Opinión Técnica Especializada en Antropología Social, ANTROP/16/10-2023, del 9 de noviembre de 2023, elaborada por Personal Especializado de la Coordinación General de Científicas y Técnicas de la Comisión Nacional.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

117. Derivado de los fallecimientos de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13 en el CEFERESO No. 16, se tiene conocimiento que la Fiscalía Estatal inició las Carpetas de Investigación 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 las cuales se originaron por la presunta comisión de los Delitos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 10, cabe señalar que respecto a V9, V11, V12 y V13 pese a la solicitud de información realizada por esta Comisión Nacional, al momento de la emisión del presente pronunciamiento, no se ha recibido respuesta por la Fiscalía Estatal, no obstante que ha fenecido el término otorgado por este Organismo Autónomo.

118. No obstante, a la emisión de la presente Recomendación no se tiene evidencia de que se haya iniciado expediente administrativo por presuntas irregularidades de carácter administrativo en las que pudieron haber incurrido las personas servidoras públicas del CEFERESO No. 16 derivado del fallecimiento de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13 al interior del CEFERESO No. 16 y tampoco por la dilación en la determinación de las Carpetas de Investigación 1 y 2.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

119. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/3/2021/6411/Q y sus acumulados CNDH/3/2022/9215/Q, CNDH/3/2023/4923/Q, CNDH/3/2023/11858/Q, CNDH/3/2023/11859/Q, CNDH/3/2023/12605/Q, CNDH/3/2023/13694/Q, CNDH/3/2023/15485/Q, CNDH/3/2023/17509/Q, CNDH/3/2023/17510/Q, CNDH/3/2023/17511/Q, CNDH/3/202318935/Q y CNDH/3/2023/19062/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por

esta CNDH, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar la violación a los derechos humanos a la protección a la salud en su modalidad de salud mental, a la seguridad jurídica y legalidad, a la integridad personal en su enfoque transversal con el derecho a la vida y a la no discriminación, así como un análisis con perspectiva de género, en agravio de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13 en el CEFERESO No. 16; así como el derecho al acceso a la justicia en su modalidad de procuración de justicia de manera pronta en agravio de VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7, VI8, VI9, VI10, VI11, VI12, VI13, VI14, VI15, VI16, VI17 y VI18 por la Fiscalía Estatal, lo anterior, en razón de las consideraciones que se exponen a continuación.

A. CONSIDERACIONES CONTEXTUALES

120. En la República Mexicana el Sistema Penitenciario encuentra su fundamento jurídico en el artículo 18, párrafo segundo de la CPEUM y en el artículo 3o., fracción III de la LNEP, en donde se consigna que el centro penitenciario es el espacio físico destinado para el cumplimiento de la prisión preventiva, así como para la ejecución de penas.

121. La Comisión Nacional ha observado que los centros penitenciarios que alojan a mujeres en algunas entidades federativas no reúnen las condiciones de habitabilidad e infraestructura adecuadas para ellas. La atención específica de mujeres en reclusión es un tema de particular relevancia y trascendencia para esta Institución Autónoma, lo que ha sido materia de diversos señalamientos, en razón de las precarias condiciones en las que se encuentran en las áreas destinadas para ellas y para sus hijas e hijos que ahí viven, así como por la falta de servicios y de personal necesario para su adecuado funcionamiento, tal como se advirtió en los

Informes Especiales emitidos en 2013[10], 2015[11], 2016[12] y 2019[13].

122. Desde la formación del Sistema Penitenciario Mexicano, esto es el 30 de diciembre de 1882[14], así como en la inauguración de la Penitenciaria de México, a saber, el 29 de septiembre de 1900[15], se observa que esta tuvo una capacidad para albergar a 700 hombres y 80 mujeres, lo que habla de que se realizó con un enfoque primordialmente para población masculina. Las condiciones para albergar en su mayoría al sector varonil son una característica de distribución que aún prepondera en la mayoría de los Centros de Reinserción Social en el país, situación que repercute y limita estructuralmente los espacios para mujeres en reclusión, restringiendo la capacidad instalada e infraestructura para cumplir con el objetivo de garantizar condiciones de habitabilidad dignas, estos factores atenúan el análisis social de que en el Estado Mexicano, las mujeres privadas de la libertad no cuentan con políticas públicas, ni acciones sociales y jurídicas para garantizar la seguridad, integridad y el acceso a un entorno favorecedor al interior de estos espacios de reclusión, de acuerdo a sus necesidades particulares.

123. De lo anterior, si bien es cierto el número de mujeres privadas de la libertad por la comisión de conductas delictivas ha sido históricamente siempre menor que el de los hombres[16], también lo es que actualmente existe un aumento de la población

---

[10] CNDH. "*Informe Especial sobre el estado que guardan los derechos humanos de las mujeres internas en centros de reclusión de la república mexicana",* 2013.
[11] CNDH. "*Informe Especial sobre las mujeres internas en los centros de reclusión de la república mexicana"*, 2015.
[12] CNDH. "*Informe Especial de la comisión nacional de los derechos humanos sobre las condiciones de hijas e hijos de las mujeres privadas de la libertad en los centros de reclusión de la república mexicana", 2016.*
[13] CNDH "*Informe Especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre los Centros de Reclusión de Baja Capacidad Instalada en la República Mexicana*", 2019
[14] Archivo General de la Nación, 28 de septiembre de 2018, "*AGNRecuerda la inauguración de la Penitenciaría de México".* Disponible en https://www.gob.mx/agn/articulos/agnrecuerda-la-inauguracion-de-la-penitenciaria-de-mexico
[15] *Idem*
[16] "*La mujer delincuente y el perfil criminológico*", Gutiérrez Mora Daniel. Universidad Autónoma de Durango, marzo de 2017.

penal femenina a nivel nacional, tal y como se advierte en el Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria Nacional de la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana[17], en el que se observa que en enero de 2020 había 10 589 mujeres privadas de la libertad y a agosto de 2023, existen 13,320[18], situación que refuerza el objetivo de esta Comisión Nacional por supervisar y verificar los derechos humanos de las mujeres en reclusión.

124. Al respecto, en el año 2019 y 2020, este Organismo Nacional emitió 14 Recomendaciones sobre las deficiencias que vulneran los derechos humanos de las mujeres privadas de la libertad en los Centros Penitenciarios de los estados de Sinaloa, Veracruz, Colima, Tamaulipas, Durango, Baja California Sur, Puebla, Guerrero, Campeche, San Luis Potosí, Michoacán, Baja California, Tabasco y Quintana Roo, resaltando la importancia de que se asignen y/o programen los recursos presupuestales, materiales y humanos necesarios que permitan la organización y buen funcionamiento de las áreas en las que se albergan mujeres, atendiendo a sus necesidades específicas, así como la urgencia de implementar acciones junto con la autoridad en materia de salud, tendentes a brindarles una debida atención médica.

125. En estos Informes Especiales, la Comisión Nacional ha hecho patente su preocupación a partir de una evaluación a los centros donde se aloja a mujeres, en virtud de que por las condiciones y el trato que se les da, requieren que las autoridades encargadas del sistema penitenciario mexicano tomen las medidas pertinentes y realicen acciones efectivas para garantizar el respeto a los derechos humanos de estas personas quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad, derivada de su propia reclusión.

---

[17] Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria Nacional, CE_08_2023 Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/860682/CE_08_2023.pdf.
[18] *Idem*.

126. Con relación a ello, la CIDH ha realizado *un análisis sobre la situación especial de riesgo y las graves afectaciones que enfrentan las mujeres en el contexto de la privación de su libertad, ante la falta de adopción de medidas que responden a sus necesidades específicas, derivadas tanto del género como de otros factores de discriminación. En este sentido, la CIDH aborda la ausencia de perspectiva de género en la recopilación de datos, la inadecuada infraestructura penitenciaria, la mayor exposición de las mujeres a ser víctimas de violencia, y los obstáculos que enfrentan en el acceso a servicios de salud*[19].

127. Esta vulnerabilidad, asociada a su condición de género con relación a la falta e ineficiente calidad en los espacios que habitan, las actividades deportivas, educativas y laborales a las que tiene acceso y la atención médica, son un factor conjunto que puede ser detonante de agravantes en sus condiciones sociales y físicas, teniendo repercusión en su estado mental, físico y en la interacción con sus círculos sociales inmediatos.

128. En ese sentido, la observancia por parte de la Autoridad Penitenciaria de la salud mental y física de las mujeres privadas de la libertad resulta obligatoria para garantizar un entorno favorecedor para la reinserción social, en el que prepondere la atención médica integral y de calidad, derivado de que en las mujeres se observa una mayor prevalencia de depresiones, ansiedad, somatizaciones y trastornos del comportamiento alimentario que está condicionado por los factores psicosociales de género. Asimismo, podemos observar que ha aumentado el número de mujeres que padecen estrés[20].

129. Por ello, es de suma importancia garantizar la salud mental de aquellas que

---

[19] CIDH "*Mujeres privadas de libertad en las Américas*", 2023

[20] Instituto de las Mujeres, "*La Salud Mental de las Mujeres*" 2021. Disponible en https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaSalud/Publicaciones/docs/GuiasSalud/Salud_XV.pdf

se encuentran en reclusión, la cual ha sido definida por la OMS como un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, de desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.

130. La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. Se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes. Las afecciones de salud mental comprenden trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales asociados a un alto grado de angustia, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva. Las personas que las padecen son más propensas a experimentar niveles más bajos de bienestar mental, aunque no siempre es necesariamente así.[21]

131. Lo anterior, derivado de que el entorno penitenciario puede implicar que antecedentes o indicios de padecimientos mentales se agraven si los mismos no son atendidos en tiempo y forma, por lo cual, la valoración de mujeres que ingresan a centros de reclusión debe considerar este rubro como una acción obligada en pro de la salud de todas aquellas que se encuentran privadas de la libertad, puesto que está omisión puede traer consigo resultados graves, como lo es el suicidio.

132. La OMS considera que el suicidio es un serio problema de salud pública, por lo que se estima que un intento suicida ocurre aproximadamente cada tres segundos,

[21] Organización Mundial de la Salud, *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*, publicado el 17 de junio de 2022, sitio de consulta: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

y un suicidio completo ocurre aproximadamente cada minuto. Esto significa que más personas mueren a causa de esto que por conflictos armados. Por consiguiente, la reducción del suicidio se ha convertido en una importante meta internacional de salud. [22]

133. Acorde con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en 2021, sucedieron 8,447 fallecimientos por lesiones autoinfligidas, lo que representa una tasa de suicidio de 6.2 personas por cada 100 mil habitantes[23].

134. De acuerdo con el Diagnóstico Nacional de 2022[24] en los establecimientos penitenciarios federales se suscitaron 100 suicidios, lo cual, aunque mostró una disminución con relación al año 2021, mantiene una tendencia elevada y significativa de estos eventos.

135. El suicidio es con frecuencia la causa individual más común de muerte en escenarios penitenciarios, lugar en el que se debe velar por la protección de la salud y seguridad de sus poblaciones, por lo tanto, el suministro de servicios adecuados para la prevención e intervención del suicidio es beneficioso tanto para los presos en custodia como también para la institución en la que se ofrecen los servicios, es por ello que el desafío para la prevención del suicidio es identificar a las personas que son más vulnerables, a fin de intervenir en forma efectiva.[25]

136. A mayor abundamiento, esta Institución destacó en las Recomendaciones 12/2020, 83/2021, 17/2022, 34 /2022, 54/2022, 107/2022, 138/2023, 139/2023 y

[22] "Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Organización Mundial de la salud", Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, Ginebra 2007.
[23] https://www.gob.mx/imss/articulos/hablemos-de-suicidio
[24] https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2023-06/DNSP_2022.pdf
[25] "Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Organización Mundial de la salud", Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, Ginebra 2007.

175/2023, del 12 de junio de 2020, 10 de noviembre de 2021, 31 de enero, 22 de febrero, 17 de marzo y 31 de mayo de 2022, 31 de agosto y 29 de septiembre de 2023, respectivamente, la importancia de proteger el derecho humano a la salud en su modalidad de salud mental de las personas privadas de la libertad en Centros Federales de Readaptación Social que perdieron la vida a causa de suicidio.

137. La CIDH en su Informe sobre los Derechos Humanos de las personas privadas de su libertad en las Américas señala que: "*La ocurrencia de suicidios es una realidad siempre presente en el contexto carcelario. El mero hecho de internar a una persona en un medio cerrado 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 algunos internos. Las personas privadas de libertad son consideradas por la OMS como uno de los grupos de alto riesgo de cometer actos de suicidio; es decir, que son una población de especial preocupación por cuanto el índice de suicidios registrados sobrepasa el promedio*".[26]

138. El grupo de trabajo de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio en las Prisiones realizó diversas recomendaciones sobre el tema, en particular señala que se debe tener especial vigilancia respecto de personas sentenciadas ya que son los que tienen una mayor incidencia en suicidio, posterior a ello, las personas mayores de 30 a 35 años y cuando estos tienen un conflicto familiar, ruptura o una resolución legal negativa. La pérdida de la libertad puede conllevar además la pérdida de apoyo familiar, social, miedo a lo desconocido, miedo a la violencia física o sexual, incertidumbre y miedo por el futuro, vergüenza y culpa por la ofensa, así como miedo y estrés relacionada con las malas condiciones del Centro de internamiento, ello provoca frustración legal y colapso físico y emocional,

[26] CIDH. Informe sobre los Derechos Humanos de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2011, párr. 313.

la tasa de suicidio aumenta conforme a la duración de la estancia de la persona privada de la libertad.

139. Bajo esta perspectiva, debe prestarse atención especial a la población penitenciaria, ello en virtud de que la OMS ha señalado también, que el impacto psicológico del arresto y el encarcelamiento, los síntomas de abstinencia de una persona con problemas de adicción, una larga sentencia de prisión esperada o el estrés diario relacionado con la vida en prisión pueden exceder las habilidades del prisionero promedio para hacer frente a la situación, y mucho peor en los individuos más vulnerables, es por ello que el monitoreo adecuado de los reclusos suicidas es crucial, especialmente durante el turno nocturno (cuando hay menos personal) y en establecimientos donde el personal no siempre está asignado a un área, por lo que el nivel de monitoreo debe concordar con el nivel de riesgo, en razón de ello el tratamiento de salud mental es indispensable en estos casos, debiendo realizar intervenciones farmacológicas o psicosociales de manera oportuna.[27]

140. De acuerdo a la supervisión penitenciaria realizada a través del Diagnóstico Nacional en el 2021 y 2022 al CEFERESO No. 16, se han detectado diversas deficiencias en las que se debe prestar debida atención para lograr el respeto a los derechos de las mujeres privadas de la libertad en ese lugar, siendo la constante en ambas anualidades, la insuficiencia de personal de Seguridad y Custodia e insuficiencia en los programas para la prevención de adicciones y desintoxicación voluntaria, deficiencia en la atención a personas privadas de la libertad en situaciones de aislamiento y deficiencias en los servicios de salud, irregularidades que pueden derivar en la comisión de suicidio como efecto dominó, lo que ocurrió en el presente caso, como parte de las condiciones de vulnerabilidad social de las mujeres que viven estando en reclusión y el clima emocional que se vive en ese establecimiento

[27] "Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Organización Mundial de la salud", Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, Ginebra 2007.

penitenciario.

141. Además, especialmente a través de la Recomendación 54/2022, la CNDH advirtió sobre generar acciones puntuales a partir de un enfoque psicosocial, a fin de brindar a las mujeres privadas de la libertad el acceso a programas y tratamientos integrales a partir de la realización de aquellos ajustes razonables que admitieran el más alto nivel posible de salud física y mental, a partir de reconocer su condición de discapacidad psicosocial, en tanto que la invisibilización de sus necesidades específicas a partir de esa condición, constituían actos de discriminación que podrían a su vez propiciar posibles actos de tortura al no prevenir y revertir contextos que les generara sufrimientos y agravamiento en su salud mental.

B. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN SU MODALIDAD DE BIENESTAR MENTAL

142. El derecho a la salud está reconocido en los artículos 1o. y 4o. párrafo cuarto, de la CPEUM, los cuales disponen que todas las personas, incluidas las que se encuentran privadas de la libertad, gozarán de los derechos humanos reconocidos en la misma y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, encontrándose en este supuesto este derecho.

143. En el mismo sentido la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece en el artículo 25 que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud; asimismo, el párrafo I del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, define que todos los Estados Parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

144. Asimismo, en la Observación General 14 del Comité de Derechos

Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas se definió el derecho a la salud como *un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. Su efectividad […] se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como […] aplicación de los programas de salud elaborados por la* OMS *o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.*[28]

145. Tocante a la protección de la salud de la población privada de la libertad en las Reglas Mandela 24 y 25, se observa que, *[…] la prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado […] gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios […]*. Por lo cual *Todo establecimiento penitenciario contará con un servicio de atención sanitaria encargado de evaluar, promover, proteger y mejorar la salud física y mental de los reclusos, en […] El servicio de atención sanitaria constará de un equipo interdisciplinario con suficiente personal calificado que actúe con plena independencia clínica y posea suficientes conocimientos especializados en psicología […]*.

146. Así también en las Reglas Mandela 30, 32 y 33, se precisa que un médico u otro profesional de la salud competente deberá examinar a cada persona privada de la libertad tan pronto como sea posible tras su ingreso y, posteriormente tan seguido como se requiera, procurando de manera especial, entre otros, reconocer las necesidades de atención de la salud y adoptar las medidas necesarias para el tratamiento; además de que tendrán la obligación de proteger la salud física y mental de los reclusos; así como que se informe al director del establecimiento penitenciario

[28] Observación General número 14 sobre "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", aprobada por la Asamblea General de la ONU el 11 de mayo de 2000.

cada vez que estime que la salud física o mental de una persona privada de la libertad haya sido o pueda ser perjudicada por su reclusión continuada o por determinadas condiciones de reclusión.

147. A mayor abundamiento, para este Organismo Nacional el aislamiento permanente y sin actividad en las que se encuentran las personas privadas de la libertad con alguna afección emocional en un Centro Federal, son condiciones extremadamente aflictivas, aún para personas sanas, a quienes pueden producir serios efectos sobre su salud física y mental, tales como: trastornos emocionales y del sueño, dolores de cabeza, mareos, problemas circulatorios y digestivos, entre otros.

148. La LNEP en sus artículos 9o., fracciones II y X, y 10 prevén los derechos de las personas privadas de su libertad en un Centro Penitenciario, entre ellos, a recibir asistencia médica preventiva y de tratamiento para el cuidado de la salud, así como se les garantice su integridad moral, física, sexual y psicológica.

149. En el mismo sentido, el artículo 74 de la LNEP establece que la salud es un derecho humano reconocido por la CPEUM y será uno de los servicios fundamentales en el sistema penitenciario y tiene el propósito de garantizar la integridad física y psicológica de las personas privadas de su libertad, como medio para proteger, promover y restaurar su salud; por lo tanto, el derecho a la salud mental de las personas privadas de la libertad implica además de curar la enfermedad, prevenirla.

150. Cabe mencionar que, el artículo 72 de la Ley de Salud define a la salud mental como *un estado de bienestar físico, mental, emocional y social determinado por la interacción del individuo con la sociedad y vinculado al ejercicio pleno de los derechos humanos*; asimismo, *la salud mental deberá brindarse conforme a lo*

establecido en la Constitución y en los tratados internacionales en materia de derechos humanos. El Estado garantizará el acceso universal, igualitario y equitativo a la atención de la salud mental en el territorio nacional, lo que incluye a las personas privadas de la libertad*; asimismo, toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación por cualquier categoría sospechosa que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.*

151. Por lo tanto, en el presente asunto se acreditó que se vulneró el derecho a la protección a la salud en su modalidad de salud mental de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13, en el caso específico de V1, V2, V3, V4, V5 y V8, en virtud de que a pesar de haberles proporcionado atención psicológica y psiquiátrica, la misma resultó ineficiente e insuficiente para detectar las conductas de riesgo suicida que presentaban, en la situación particular V6, V7, V9, V10, V11, V12 y V13, derivado de que esta Comisión Nacional solicitó al OADPRS las atenciones médicas y psicológicas que se les brindaron previo a materializar el acto suicida, al no remitirse constancia o documental alguna que acreditara que ello fue llevado a cabo pese a haberlo peticionado, se infiere que no se dio ningún tipo de intervención eficaz por las áreas y especialidades en comento, generando que fuese imposible detectar y/o frenar alguna sintomatología de riesgo suicida y, por ende, evitar este tipo de sucesos, además de que se invisibilizó con perspectiva de género e interseccional las necesidades de atención a la salud mental que requerían desde un abordaje psicosocial.

B.1 INEFICIENTE ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA PROPORCIONADA A V1, V2, V3, V4, V5 Y V8

- ***Caso particular de V1***

152. Como se ha referido con anterioridad, proporcionar atención médica integral de forma deficiente puede implicar un impacto negativo en la salud mental de aquellas personas que se encuentran privadas de la libertad, derivado de que la omisión en dar atención psicológica y/o psiquiátrica eficiente inobserva la identificación de factores de riesgo, como lo son conductas autolesivas e ideación suicida, y si a lo anterior se suma que no existe seguimiento adecuado para el tratamiento de padecimientos relacionados con su salud mental, aumenta la posibilidad de que alguien atente contra su vida.

153. Ahora bien, derivado de la nota periodística del 20 de julio de 2021, en la cual se hace alusión al deceso de V1 en el CEFERESO No. 16, esta Comisión Nacional tuvo conocimiento que la causa del fallecimiento fue por asfixia por ahorcadura[29], con base en ello, este Organismo Nacional solicitó diversa información relacionada con el caso en particular al OADPRS.

154. Como primer antecedente de algún trastorno o padecimiento relacionado con la salud mental de V1, se encuentra la nota médica del 4 de diciembre de 2018, en la cual personal médico del CEFERESO No. 16 valoró a V1, quien refirió tener un movimiento involuntario de párpado derecho frecuente, situación que generó la emisión del diagnóstico de estrés emocional.

155. Posteriormente del Informe emitido por la oficina de Psicología del CEFERESO No. 16, denominado “Estudio para Juez” de 2018, AR2 señaló que V1 presentaba diversos comportamientos relacionados directamente con su contexto inmediato, destacando *“…tendencia a tornarse impulsiva y reactiva ante estímulos adversos, proyectando una valía mermada y la concepción de un autoconcepto insano …-… reconociendo conducta auto lesivas como golpear con puños la pared*

[29] Es un acto de violencia en el cual el cuerpo ha sido cogido por una soga o similar por el cuello, suspendido a un punto fijo y abandonado a su propio peso

como medio de descarga ante un enojo concentrado …-… como conductas parasociales refiere consumo de alcohol en uso desde los 15 años, consumo y dependencia del tabaco, consumo experimental de mariguana a los 18 años y consumo experimental de inhalantes a los 13 años…".

156. Es oportuno señalar que respecto al reporte de aprovechamiento de plan de actividades, que comprendió el periodo del 11 de diciembre de 2018 al 13 de diciembre de 2019, V1 mostró rasgos de carácter[30] con niveles bajos, siendo el control de impulsos, tolerancia a la frustración y demora a los gratificantes, manejados en un sentido precario, carente de uso de recursos personales que coadyuvaran a la contención atendiendo a sus impulsos, mostrándose confrontativa a la forma de resolver lo adverso, tendiendo a la agresión activa física y verbal para la resolución de conflictos.

157. De igual forma V1 recibió atenciones médicas generales en fechas 4 de septiembre y 17 de noviembre de 2020, así como 26 de mayo y 15 de junio de 2021, en las que presentó sintomatología como ansiedad, alucinaciones auditivas y visuales, autoagresiones, estado emocional cambiante con llanto fácil e insomnio, lo anterior generó la emisión de los diagnósticos de trastornos depresivo y ansioso depresivo, y como plan de tratamiento se indicó la valoración por Psiquiatría de manera urgente.

158. En ese sentido mediante Oficio PRS/UALDH/7379/2021, del 8 de septiembre de 2021, personal del UALDH informó que a través del Memorándum CFRS16/DT/DCOC/101/2021, del 28 de agosto del mismo año, PSP1 señaló que en las asistencias psicológicas brindadas a V1, AR3 como responsable de la valoración psicológica no refirió o identificó ideación suicida, haciendo mención que la última valoración por AR2 respecto de la atención psicológica fue proporcionada el 17 de

[30] Rasgo de Carácter o Carácter: Personalidad del individuo y su expresión.

julio de ese año; no obstante en esta revisión se indicó que V1 presentaba un estado de ánimo eutímico de afecto apropiado.

159. De igual forma de acuerdo con la nota médica del 15 de junio de 2021, V1 solicitó a personal médico del CEFERESO No. 16 la renovación de medicamento por insomnio y autoagresiones por situaciones familiares, es preciso señalar que estas expresiones por parte de V1 implicaban un alto riesgo de autolesión.

160. Posteriormente, en la nota informativa PSIC/2534/2021, del 19 de julio de 2021, se hace referencia a la atención psicológica proporcionada a V1 por AR3, este último indicó que V1 exteriorizó conductas disruptivas e impulsivas, por lo que intervino por medio de comunicación verbal positiva a través de habilidades expresivas y conversacionales como herramienta facilitadora para apoyo a la canalización de emociones, por lo que estableció seguimiento con técnicas cognitivo-conductuales.

161. Ahora bien, las manifestaciones de conductas psicosociales que indicaban un riesgo potencial para atentar contra la integridad personal de V1 y que inclusive suponían un estado de alerta ante una acción suicida, quedaron asentadas en la nota informativa del 3 de mayo de 2019, puesto que AR9 al acudir al área de gimnasio del Módulo A, observó a V1 golpear la pared con su puño derecho y morderse su antebrazo izquierdo, de igual forma al retomar lo señalado en diversos partes informativos, entre otros, el del 5 de octubre de 2020, PSP14 indicó que V1 se había cortado aparentemente, por lo que al cuestionarle sobre su actuar, refirió "*yo fui la del problema porque tienen encerradas a mis compañeras y que les importa que me lastime*", situaciones que en su conjunto indicaban un comportamiento o carácter disruptivo.

162. No puede dejar de mencionarse que respecto a las manifestaciones de PPL1

y PPL2 referentes al comportamiento de V1, destaca el señalamiento de conductas autolesivas y/o estados anímicos depresivos, mismos que se encuentran asociados con síntomas de alerta por ser un factor de riesgo de alguna conducta autolesiva, como quedó asentado en acta circunstanciada del 25 de enero de 2022, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la cual se dio fe del testimonio de PPL6, quien señaló que la última vez que vio a V1, fue en el área de Hospital del CEFERESO No. 16, observándola decaída, puesto que V1 le comentó que se había separado de PPL3, además PPL1 indicó que V1 tenía 4 hijos y con uno de ellos tenía muchos problemas, por último comentó que V1 se había autoagredido en diversas ocasiones pero de forma “leve” cortándose o golpeándose contra la pared.

163. Del mismo modo, en el acta circunstanciada del 25 de enero de 2022, PPL7 manifestó que vivía en el mismo pabellón que V1 y que fueron pareja un mes previo a su deceso, que en ese pabellón también habitaba PPL3, quien insultaba a V1 y le gritaba constantemente que “no era nada”, “que no tenía dinero para sus hijos”, situación que generaba que V1 se encontrara alterada y estresada, por lo que todos los días reportaba al Área de Psicología que requería apoyo pero en ningún momento la atendieron, por último PPL8 acotó que conocía a V1 quien afirmó que era una persona muy tranquila, pero influenciable, además de indicar que el trato de personal de Seguridad y Custodia era “malo” con ellas y hacían caso omiso a las peticiones médicas puesto que lo consideraban “un chantaje”.

164. En conjunto es oportuno indicar que del análisis de la información, pese a que existen notas médicas y psicológicas que indican que V1 tenía conductas de autoagresión, no se advierte que se haya emitido un diagnóstico y/o seguimiento psicológico o psiquiátrico especializado así como un plan de tratamiento idóneo y acorde al estado de salud mental que realmente presentaba V1, que advirtiera la magnitud del estado emocional disruptivo o pensamientos suicidas a efecto de llevar a cabo las medidas necesarias acorde a ello; por lo que, a pesar de que V1 era

valorada por el Área de Psicología, AR2 y AR3 no pudieron identificar el evidente estado psicoemocional de V1 y el riesgo suicida que presentaba, implicando con ello, que sus valoraciones fueran omisas para determinar factores de riesgo.

165. Por último, es importante señalar que en la Opinión Médica Especializada y Opinión Psicológica Especializada, elaborada por personal de la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta Comisión Nacional, se concluyó que sí se observaron alteraciones en la sensopercepción o autoagresiones, que pudieron haber generado un riesgo suicida, además de que V1 sí contaba con antecedentes de factores psicosociales negativos y de riesgo, falta de control de los impulsos, comportamientos autodestructivos y depresión, aunado a que si presentaba un nivel de malestar emocional que iba en incremento elementos que no fueron visibilizados y la falta de un seguimiento eficiente del Protocolo de Detección para prevenir el riesgo suicida en V1 que permitiera detectar sintomatología relacionada con ello y ejecutar acciones inmediatas e idóneas para salvaguardar su estado de salud mental, en razón de que de acuerdo a dicho protocolo, mismo que se activó a favor de V1 el 21 de mayo de 2021, debían garantizarle un adecuado abordaje terapéutico y tratamiento farmacológico, así como una intervención integral de las Áreas Médica, Psicología y Social para favorecer a su evolución, lo que no sucedió.

166. En tanto, si bien es cierto, AR3 y PSP3 proporcionaron atención médica y psicológica a V1, la misma resultó insuficiente al no poder atender de manera multidisciplinaria y eficaz los rasgos de ideación suicida desde los primeros momentos en los que presentó factores que presumían estado de alerta, en tanto no se garantizó a V1 su derecho a la protección a la salud mental, en virtud de que la misma no pudo cumplir con el objetivo preventivo de minorizar al máximo la posible acción suicida, lo anterior al no recibir el tratamiento idóneo pese a la activación del Protocolo de Detección, situación que al no acontecer implicó la transgresión a su

derecho a la salud, reconocido en los artículos 1o. y 4o. de la CPEUM, así como artículos 9 fracción II, 74 y 76 fracción II de la LNEP.

❖ ***Caso particular de V2***

167. En acta circunstanciada del 3 agosto de 2022, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, consta el testimonio de PPL1, quien indicó que el 20 de julio de ese mismo año V2 se suicidó en el Módulo B, precisando que el día en cita, V2 estuvo inquieta y alterada porque en el CEFERESO No. 16 no le estaban dando el medicamento prescrito por el Psiquiatra, de la forma en que se lo recetaron.

168. Ahora bien, personal de esta Comisión Nacional dentro de las diligencias realizadas para allegarse de mayores elementos sobre el deceso de V2, acudió al CEFERESO No. 16, recabando diversa documentación, destacando el Memorándum CFRS16/DS/6069/2022 del 5 de agosto de 2022, mediante el cual AR7 hace mención del similar CFRS16/SSC/2DA.CIA/2442/2022, del 21 de julio de ese mismo año, referente a la activación del Código Blanco de esa misma fecha, precisando hechos de modo, tiempo y lugar respecto del deceso de V2.

169. Entre las documentales anexadas en el Memorándum CFRS16/DS/6069/2022 del 5 de agosto de 2022, destaca la nota médica del 20 de enero de 2022, en la cual V2 manifestó a PSP3 haber presentado una crisis convulsiva, por lo que se le diagnosticó con crisis epilépticas y valoración por la especialidad de Psiquiatría, del mismo modo mediante nota médica del 28 del mismo mes y año, se observó que V2 presentaba datos de intoxicación por medicamentos, resulta pertinente señalar que ambas valoraciones denotaban irregularidades en la psique y la salud mental de V2, puesto que la referencia con la especialidad en Psiquiatría y el antecedente de consumo de fármacos regulados, implicaba la elaboración de un plan de tratamiento acorde a esta sintomatología, lo cual no se realizó.

170. No obstante, el 15 de febrero y 10 de junio de 2022, V2 fue valorada nuevamente por PSP3; sin embargo, resulta importante acotar que en la nota médica del 10 de junio se advierte que V2 aducía contar con un antecedente de esquizofrenia y encontrarse en seguimiento por la especialidad de Psiquiatría por lo que si bien es cierto fue señalado como una manifestación de V2, no fue retomado como diagnóstico; únicamente, en dichas valoraciones se determinó que padecía un trastorno psiquiátrico sin especificar el tipo, lo que significaba no solo que V2 requería atención médica especializada, sino que implicaba considerarse como un factor de riesgo de que atentara contra su integridad física.

171. Aunado a ello, destaca la valoración por la especialidad de Psiquiatría del 13 de julio de 2022, en la cual V2 indicó a personal médico del CEFERESO No. 16, que contaba con antecedente de consumo de drogas, presentaba crisis convulsivas, además de haber sido víctima de diversas agresiones en su núcleo básico, se producía autoagresiones y refería alucinaciones auditivas, en la cual se determinó que no presentaba ideas delirantes o suicidas, relacionadas con la muerte, por lo que el contexto social y psiquiátrico de V2 implicaba la emisión de un diagnóstico real acorde a los padecimientos identificados y que permitieran un plan tratamiento con base a sus necesidades de salud mental, situación que no fue llevada a cabo.

172. Ahora bien, resulta oportuno indicar que, de conformidad con el formato de registro de medicamento del 14 de julio de 2022, se observa que V2 asentó una leyenda de inconformidad en relación a que no se le proporcionó el medicamento denominado “sertralina”, el cual había sido indicado en la nota médica del 10 de junio del mismo año suscrita por PSP3, lo que corrobora el dicho de V2 respecto de la falta del tratamiento integral que debían otorgarle para su padecimiento de trastorno psiquiátrico.

173. Este Organismo Autónomo, reitera que la atención médica debe brindarse de manera integral a toda persona privada de la libertad, hecho que implica que debe proporcionarse de manera preventiva, curativa y de seguimiento, contemplando el tratamiento adecuado, situación que no sucedió en el presente caso, puesto que V2 no tuvo un plan para su atención médica acorde a su trastorno psiquiátrico, y demás problemáticas relacionadas con la salud mental, que no fueron tomadas en cuenta.

174. Por lo anterior, la falta de un diagnóstico psiquiátrico completo acorde al estado de salud mental, y de un seguimiento adecuado con base al panorama clínico real del estado de V2, permite determinar que la actuación de AR1 como encargado de las Áreas Médico y Psicológica, y su obligación de supervisar las actividades, diagnósticos y valoraciones realizadas por esas áreas, resultó insuficiente para poder atender y/o detectar a tiempo algún riesgo de autoagresión o suicida potencial, más aún, que V2 fue diagnosticada con trastorno psiquiátrico un mes antes de que se cometiera el acto suicida, por lo que falto a su deber de garantizarle atención médica integral.

175. Del mismo modo, tampoco se observó la implementación del Protocolo de Detección, el cual resulta ser un mecanismo de gran alcance para prever cualquier acción suicida, puesto que tiene como objetivo detectar y mitigar en las personas privadas de la libertad, el riesgo de cometer una acción suicida, proporcionando un abordaje terapéutico médico y psicológico, para proporcionar un diagnóstico y tratamiento para mitigar dicho riesgo.

- ***Caso particular de V3***

176. En el acta circunstanciada del 21 de marzo de 2023, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, se dio fe de que PPL14 informó del deceso de V3, el cual se suscitó el 19 del mismo mes y año, además indicó que el día de los hechos existió

dilación en proporcionar la atención correspondiente por parte de personal de Seguridad y Custodia y del servicio médico, puesto que aduce que el tiempo de reacción por parte de la Custodia Penitenciaria demoró 20 minutos y 7 minutos después, se hizo presente el médico penitenciario de guardia.

177. En razón de ello, esta Comisión Nacional requirió al OADPRS información que estuviera relacionada con el deceso de V3, la cual fue proporcionada, destacándose la nota informativa 279/2023, del 23 de marzo de 2023, en la cual PSP21 informó a AR1, que V3 había recibido atención psicológica durante su estancia en el CEFERESO No. 16, evidenciando que la misma habría sido otorgada debido a sus necesidades emocionales, del mismo modo de acuerdo a la lista de asistencia de valoraciones brindadas por personal del Área de Psicología, misma que se adjuntó a dicha nota informativa, se detectó que V3 acudió para valoración los días 17 y 25 de enero, 10, 16 y 23 de febrero, 3, 13, 14, 15, 16 y 17 de marzo de 2023, por lo que, si bien es cierto se hizo el señalamiento expreso de las valoraciones de Psicología proporcionadas a V3, en las cuales se aprecia su firma de asistencia, también lo es que pese a solicitar documentación soporte, que acreditara su dicho, no se anexaron las notas que sustentaran los reportes derivados de dichas valoraciones a fin de apreciar los diagnósticos y planes de tratamiento para la atención idónea para los padecimientos mentales de V3, que debía recibir.

178. Del mismo modo, V3 previo a su deceso, refirió padecimientos asociados a su condición mental, puesto que de acuerdo con las notas médicas del 3 de enero y 25 de febrero de 2023, V3 habría sido diagnosticada por personal médico del CEFERESO No. 13 con síntomas ansiosos, trastorno por consumo y dependencia, destacando que en la nota médica del 25 de febrero de 2023 se habría requerido la valoración por Psiquiatría nuevamente; sin embargo de acuerdo al Memorándum CFRS16/DT/6791/2022, del 19 de julio de 2022, se aprecia que AR1 solicitó a PSP22 que se realizaran las gestiones administrativas necesarias para proporcionar el

recurso económico a fin de que se brindara la valoración por Psiquiatría; no obstante, no obra constancia de haber sido llevada a cabo y tampoco que AR1 haya verificado el cumplimiento a su instrucción, lo que pudo inferir en que no se pudiera diagnosticara oportunamente y emitir un plan terapéutico diseñado para el nivel de atención que requería, por lo que la falta de un abordaje terapéutico y farmacológico a tiempo, coadyuvó en exacerbar su sintomatología lo que finalizó en su deceso.

179. Ahora bien, debe considerarse que respecto a los antecedentes que tenía V3, en relación a sus padecimientos mentales, de conformidad con el correo institucional enviado el 24 de agosto de 2023, por personal de la Jefatura de Unidad Jurídica de la Dirección General de Prevención y Reinserción Social del Estado de México, a esta Comisión Nacional, en el cual se remitieron notas médicas respectivas al servicio médico del Centro Penitenciario y de Reinserción Social de Nezahualcóyotl, Bordo Xochiaca, se aprecia la nota de valoración psicológica del 29 de octubre de 2020, en la cual V3 señaló dificultad para conciliar el sueño, así como el reporte psicológico para traslado, del 6 de enero de 2022, en el que V3 habría indicado como antecedente el consumo de drogas, lo que no fue advertido por personal de las áreas Médica y Psicológica del CEFERESO No. 16 a su ingreso y advierte la omisión o ineficiencia de la aplicación de la evaluación de las primeras 72 horas a su llegada a ese lugar de reclusión, como establece el Protocolo de Detección pues de haberlo hecho se habría considerado que el mismo representaba la atención de dichas área y con ello canalizarla para atención médica integral para su salud mental y de adicción, a fin de brindarle un tratamiento adecuado, además de que ello pudo haber generado la implementación del Protocolo de Detección, ante el análisis de antecedentes o procedentes a fin de que se garantizara la atención médica integral necesaria para que su estado anímico favoreciera en su decisión de privarse de la vida, lo que evidentemente no sucedió.

180. Lo anterior cobra relevancia, puesto que denota omisiones en la detección

oportuna de algún padecimiento y/o factor de riesgo que supusiera conductas autolesivas y/o suicidas, derivado de que en relación a sus antecedentes en el Centro Estatal del cual provenía V3, a su ingreso al CEFERESO No. 16, esto es el 4 de febrero de 2022, de conformidad con el Protocolo de Detección, debió ser valorada en las primeras 72 horas por personal de Psicología, lo cual no se tiene constancia que sucedió, inadvirtiendo desequilibrio en su salud mental, lo que finalmente culminó en la perdida de la vida de V3.

181. Del mismo modo y a pesar de que V3 fue valorada por el Área de Psicología en enero, febrero y marzo de 2023, en dichas atenciones no se emitió un diagnóstico y tratamiento eficaz que favoreciera la condición de salud mental de V3, en caso contrario, se hubiesen determinado acciones necesarias y oportunas para atender sus padecimientos y en su caso mitigar cualquier riesgo suicida.

- ***Caso particular de V4***

182. En relación al oficio PRS/UALDH/17479/2023, del 4 de diciembre de 2023, por medio del cual personal de la UALDH remitió constancias que integran el expediente clínico de V4, cobra relevancia que de acuerdo con la nota médica del 3 de febrero de 2023, PSP3 asentó que V4 acudió a valoración médica por referir intento de autoagresión (perder la vida), situación que fue impedida por personal de Seguridad y Custodia al percatarse en ese momento de la conducta que pretendía cometer, por lo cual V4 no pudo materializar dicho acto suicida.

183. Hecho de trascendencia, puesto que en relación a la nota informativa PSIC/1273/2023, del 14 de julio de 2023, AR18 informó a AR19 que durante la valoración psicológica a V4 externó que derivado de una ruptura emocional con otra mujer privada de la libertad, tuvo una aparente inestabilidad anímica, lesionándose en antebrazos derecho e izquierdo con un vidrio, justificando su actuar desde la

vulnerabilidad emocional, por lo cual manifestó comportamientos autolesivos; sin embargo pese a haber expresado sintomatología relacionada con autoagresión y riesgo suicida, AR19 únicamente estableció como medida de contención escucha activa a V4, hecho que denostó la falta de conocimientos suficientes para llevar a brindar un abordaje terapéutico idóneo, además de carencia de medidas de supervisión de vigilancia estrecha y/o un tratamiento médico integral para mitigar la posibilidad de materializar un acto suicida.

184. En ese sentido es importante señalar que en las notas médicas y psicológicas, PSP3 y AR18 asentaron de forma coincidente que V4 refirió sentirse mal emocionalmente por problemas familiares hasta el punto de querer ahorcarse, por lo cual fue diagnosticada con trastorno depresivo; sin embargo, pese a mostrar un síntoma de riesgo compatible con una acción suicida, no se realizó alguna valoración por parte de personal de Psiquiatría, ni se observó por parte de AR18 y AR19 algún diagnóstico y plan de tratamiento para reducir el riesgo de ideación y comportamiento suicida, máxime que V4 si expresó este tipo de intención, del mismo modo no fue solicitado al Comité Técnico la activación del Protocolo de Detección, a pesar de la manifestación de síntomas relacionados con una pretensión de quitarse la vida.

185. La falta de una adecuada valoración, en la cual se pudiera mitigar el riesgo suicida que presentaba V4, implicó que su ideación de privarse la vida fuera materializada, denostando así la omisión de AR18 y AR19, a cargo de AR1, para prevenir este tipo de sucesos.

- ***Caso particular de V5***

186. Del análisis realizado al oficio SSPC/CGCF/CFRS16/DG/29384/2023, del 5 de diciembre de 2023, rendido por PSP35 a personal de la UALDH, destaca el informe suscrito por AR18, de lo cual respecto a si contaba con ideación suicida, PSP35

refirió que V5 tenía una impresión diagnóstica de trastorno de la personalidad antisocial, pero de la valoración psicológica se desprendía que no ostentó ideación suicida; adicionalmente señaló que a su ingresó se le proporcionó el Tríptico de "Prevención del Suicidio", además de proporcionarle los inventarios correspondientes.

187. No obstante, del estudio de las constancias médicas, resalta que en la nota del 9 de febrero de 2023, PSP3 asentó que V5 refirió padecer cambio de humor constante, explotar rápido y en ocasiones no dormir, por lo cual fue diagnosticada con síntomas ansiosos y probable trastorno límite, además de requerir la valoración urgente por Psiquiatría; sin embargo, en relación al similar del 1 de agosto de 2023, en la cual V5 fue valorado nuevamente por PSP3, resalta que V5 indicó sentirse mal, con pérdida de apetito, autoagresiones y cambio de humor repentino, por lo cual fue diagnosticada con probable trastorno de ansiedad y se requirió nuevamente la valoración por dicha especialidad.

188. Lo anterior cobra relevancia, toda vez que no obra valoración por el área de Psicología ni la especialidad en Psiquiatría, en este sentido es importante destacar que V5 manifestó síntomas de riesgo suicida, e inclusive autoagresiones, lo cual no fue evaluado por algún especialista de las áreas referidas, omisión que impacto en la determinación de materializar un acto suicida, como aconteció en el presente caso.

- ***Caso particular de V8***

189. En entrevista con personal de este Organismo Nacional, AR16 hizo del conocimiento el deceso de V8, e indicó que tenía poco más de un mes de haber sido trasladada al CEFERESO No. 16, que derivado de su comportamiento tranquilo, no se encontraba en la lista de riesgo suicida.

190. Por ello, este Organismo Nacional requirió diversa información a la UALDH, relacionada con el deceso de V8, del cual destaca el Oficio SSPC/CGCF/CFRS16/DG/23949/2023, del 10 de octubre de 2023, en el cual AR16 señaló que si se proporcionó atención psicológica a V8; sin embargo, como también se mencionó con anterioridad, las notas respectivas no fueron remitidas para acreditar su dicho, siendo únicamente comentadas en el cuerpo del oficio en cita, en el cual solo se hizo mención del diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial que padecía V8, además se indicó que AR2 determinó que no existían señales de alerta de conducta suicida, por lo cual no solicitó la activación del Protocolo de Detección.

191. Con base en lo anterior, debe reiterarse que en el caso específico de V8, si bien es cierto existió una valoración psicológica que implicó no activar el Protocolo de Detección, por no presentar aparentemente riesgo suicida, también lo es que el contexto particular de las mujeres privadas de la libertad indica por su propia naturaleza que la persona estará sujeta a un contexto social que puede implicar el alejamiento o bien la desintegración de sus redes de apoyo y su interacción social con sus círculos sociales más cercanos, que se agraven padecimientos físicos y mentales, además que es probable carecer de servicios de salud óptimos para la atención de sus enfermedades, no debe dejar de señalarse que la privación de la libertad también implica una afectación a la psique de la persona derivada del encierro, por ello, y ante la falta de un diagnóstico eficiente de su condición de salud mental por parte del Área de Psicología, no pudo ser identificada la situación de riesgo que representaba el nuevo contexto penitenciario de V8, el cual culminó con su deceso.

192. En los casos particulares, se observa una cadena de omisiones respecto a la atención proporcionada por AR2 y AR3 a V1, puesto que, a pesar de que recibieron

atención psicológica, la misma resultó ineficiente para poder detectar el riesgo suicida que presentaban las víctimas en su comportamiento, lo cual se vio materializado en cada uno de los decesos.

193. En ese sentido, los hallazgos médicos eran fundamentales para la activación del Protocolo de Detección en el caso de V2, V3 y V8, el cual cumple con la finalidad de mitigar cualquier riesgo suicida, por lo que al no ser llevado a cabo, esto implicó que no se pudiera garantizar atención médica integral a V2, V3 y V8, de acuerdo a lo establecido en los artículos 74 y 76 fracciones II y IV de la LNEP, en los que se precisa que la autoridad penitenciaria está obligada a otorgar el tratamiento adecuado mediante el diagnóstico oportuno de enfermedades agudas, crónicas y crónico-degenerativas, incluyendo las enfermedades mentales y con ello suministrar los medicamentos y terapias básicas necesarias para la atención médica de las personas privadas de la libertad.

194. En su conjunto las omisiones generadas por AR1, AR2, AR3, AR18 y AR19, implicaron que no se proporcionara la atención Psicológica y Psiquiátrica adecuada a V1, V2, V3, V4, V5 y V8, transgrediendo con ello su derecho a la salud, de acuerdo con lo establecido en los artículos 1o. y 4o. de la CPEUM, 9 fracción II, 10 fracción IV, 74 y 76 fracción II de la LNEP.

195. Por último, es oportuno señalar que de acuerdo al Informe emitido por la oficina de Psicología del CEFERESO No.16, denominado “Estudio para Juez”, de 2018, AR2 señaló que V1 que presentaba consumo de alcohol desde los 15 años, en el caso de V2, se aprecia en la nota de Psiquiatría del 13 de julio de 2022, que consumió de drogas y respecto a V3, del análisis de las notas médicas de 3 de enero y 25 de febrero 2023, se advirtió que fue diagnosticada por personal médico del CEFERESO No. 16 con síntomas ansiosos y trastorno por consumo ante la ingesta de medicamento controlado, implicando en su conjunto que V1, V2 y V3 contaban

con antecedentes de adicción al alcohol y drogas.

196. En ese sentido debe indicarse que no se cuenta con evidencia documental de algún tratamiento de desintoxicación para los padecimientos de consumo de alcohol y drogas para V1, V2 y V3, el cual haya sido llevado a cabo por las áreas Médica y Psicológica del CEFERESO No. 16, hecho que cobra relevancia puesto que esto podría haber implicado que trastornos mentales se vean agravados y con ello en la determinación de una conducta suicida.

197. Ahora si bien es cierto, de acuerdo con el acta circunstanciada del 22 de noviembre de 2023, realizada por personal de esta Comisión Nacional, el CEFERESO No. 16 cuenta con un área especial para desintoxicación de la población penitenciaria, misma que comenzó a operar en agosto del presente año, lo que implica que V1, V2 y V3 no tuvieron un tratamiento de adicciones, en virtud de que los decesos ocurrieron en 20 de julio de 2021, 20 de julio de 2022 y 3 de marzo de 2023, respectivamente.

198. Del mismo modo, el que no se cuente con documento que acredite que las Áreas Médica y Psicológica emitieron un plan de tratamiento contra el antecedente de adicciones que presentaban V1, V2 y V3, puede deducirse que AR1 en su calidad de superior jerárquico y responsable de los departamentos en comento transgredió lo establecido en el artículo 79 de la LNEP, referente a que cuando del diagnóstico del área de servicios médicos se desprenda la necesidad de aplicar medidas terapéuticas a personas privada de su libertad, éstas bajo su consentimiento, deberán aplicarse, lo que evidentemente no sucedió por lo que previo a la apertura de esa área especial, el CEFERESO No. 16 no contaba con herramientas terapéuticas y de la índole necesaria para atender a pacientes con dichos antecedentes, lo que crea desequilibrios psicoemocionales y físicos durante el periodo de desintoxicación.

B.2 FALTA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y PSIQUIATRICA A V6, V7, V9, V10, V11, V12 Y V13, LO QUE IMPLICÓ LA AUSENCIA DE LA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO SUICIDA

199. En relación a las actas circunstanciadas del 14 de agosto de 2023, en la que PSP26 hizo del conocimiento a persona servidora pública de este Organismo Nacional el deceso de V6, ocurrido en misma fecha; 4 de septiembre de 2023, en la cual derivado de sostener comunicación telefónica con PSP27, se indicó que el 3 del mismo mes y año se suscitó el deceso de V7; del 29 de noviembre de 2023, en la cual PSP25 vía telefónica confirmó a este Organismo Nacional el deceso de V12; del 6 de diciembre de 2023 en la que PSP25 comentó vía telefónica a esta Institución Autónoma el deceso de V13.

200. En razón de los hechos expuestos con anterioridad, mediante oficios V3/078992 y V3/078994, todos del 16 de noviembre de 2023, se solicitó información a la UALDH relacionada con los casos de V6 y V7, entre otra, las valoraciones psicológicas y psiquiátricas, en las que se hiciera constar la atención médica recibida en atención a su salud mental; sin embargo, la autoridad penitenciaria únicamente se limitó a enviar constancias de valoraciones hechas por Medicina General, por lo que no se adjuntó documental alguna para acreditar que se les proporcionó una atención médica idónea para su bienestar mental.

201. En los casos de V9, V11, V12 y V13 mediante oficios V3/78990, V3/78994, V3/082409 y V3/086410, del 16 y 29 de noviembre y 12 de diciembre de 2023, se requirió de igual manera información al OADPRS, sin que se haya recibido respuesta, siendo que el 22 de noviembre, 4 y 15 de diciembre del año actual fenecieron los términos otorgados por esta Comisión Nacional para dar respuesta, aunado a que se envió segundo recordatorio en el caso de V9 y V11, de los cuales tampoco se remitieron contestaciones en el plazo acordado.

202. En razón de ello, debe indicarse que el derecho humano a la protección a la salud contempla el propósito de garantizar la integridad física y psicológica de las personas privadas de su libertad, como medio para proteger, promover y restaurar su salud, de acuerdo al artículo 74 de la LNEP; sin embargo, ante la falta de evidencia que sustentara si se proporcionaron valoraciones médicas, psicológicas y psiquiátricas a V6, V7, V9, V10, V11, V12 y V13 en el CEFERESO No. 16, esta Comisión Nacional da por ciertos los hechos respecto de las omisiones cometidas por la autoridad penitenciaria en el cuidado de la salud mental, a la integridad personal y vida de V6, V7, V9, V10, V11, V12 y V13, de conformidad con el artículo 38 de la LCNDH, lo cual transgredió lo estipulado en los artículos 14, 15 fracción I, 75 y 76 fracción II de la LNEP, además es oportuno señalar que con base a los casos de V4, V5, V6 y V7, y en la Opinión de Antropología Social emitida por personal especializado de este Organismo Autónomo, existe negligencia de la autoridad penitenciaria en el CEFERESO No. 16 para atender peticiones médicas en beneficio de la salud mental.

203. De igual forma, respecto a los decesos de V6, V7, V9, V10, V11, V12 y V13 estos implicaron que no solo existía un riesgo suicida, sino que el mismo fue materializado, lo cual atiende a una clara omisión en la detección oportuna de factores o indicios de ideación suicida por parte del Área Médica y de Psicología del CEFERESO No.16, a cargo de AR1, lo que establece una responsabilidad por la transgresión a los artículos 9o. fracciones I y II, y 10 fracciones II, IV y V de la LNEP, en los cuales se contempla la atención médica para todas las mujeres que se encuentran privadas de la libertad.

204. Además no se puede perder de vista, la responsabilidad de AR4 y AR16, como encargadas en el momento de los hechos del CEFERESO No.16, toda vez que durante sus gestiones perdieron la vida V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8, V9 y V10,

así como posteriormente se sumaron los decesos de V11, V12 y V13, ante dichas situaciones de decesos por suicidio en efecto domino, no se observa que se hayan efectuado acciones firmes y contundentes, a través de una valoración del clima emocional que impera en el Centro Penitenciario, a fin de advertir los factores comunes de riesgo que estaban orillando a las mujeres privadas de la libertad a privarse de la vida, y con ello crear mecanismos y acciones preventivas para salvaguardar la integridad física y psicoemocional de la población penitenciaria y minimizar la materialización de más conductas suicidas, pues como se señaló en la Opinión de Antropología Social elaborada por personal de esta Comisión Nacional, una de las causas que se lograron advertir como reincidentes fueron las omisiones en la solicitud de atención y servicios, el distanciamiento con las redes familiares y aislamientos y redes sociales en riesgo en el contexto privativo de la libertad, donde tanto AR4 y AR16 debieron prevenir y garantizar, ante la repetición de actos suicidas, la vida del resto, lo que no sucedió, contraviniendo lo señalado en el artículo 18 de la CPEUM, 16 fracción IV de la LNEP y en los estándares internacionales donde los derechos humanos de las personas privadas de la libertad son reconocidos.

205. Por lo cual, es oportuno enfatizar que la mujer en reclusión representa un grupo en mayor situación de vulnerabilidad, el cual de acuerdo a su contexto social, así como, a las dinámicas hetero patriarcales a las cuales se enfrenta, implican que sea valorada de manera particular y continua, puesto que su interacción social en centros penitenciarios puede implicar que antecedentes como lo es el consumo de drogas, contextos sociales en sus núcleos básicos traumáticos, el papel de proveedoras en sus familias, el desprendimiento y zozobra por saber sobre la situación actual de sus hijas e hijos y la dependencia económica que puede verse afectada por estar en reclusión, sean factores, entre muchos otros, exponenciales para cualquier síntoma que puede evolucionar a una conducta suicida.

B.3. DISCRIMINACIÓN EN EL ACCESO AL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL CONFORME A UN ENFOQUE PSICOSOCIAL

206. De este modo, como se ha podido constatar de acuerdo a la información disponible y a las evidencias recabadas, los factores asociados y los contextos que se interceptan en las mujeres privadas de la libertad durante su estancia en prisión aunado a una falta de seguimiento a los posibles padecimientos mentales que presentaban antes de su ingreso a ese centro federal y/o de aquellos que se generaron durante su estancia en este, da cuenta de que las autoridades responsables no generaron acciones prontas y diligentes conforme a un enfoque psicosocial, es decir, el posible abordaje médico, psicológico y psiquiátrico no se realizó a partir de identificar a las 13 víctimas como personas con discapacidad psicosocial dadas las conductas y padecimientos que presentaban y, por tanto, no se realizaron los ajustes razonables y diferenciados que permitieran evitar y/o frenar las graves consecuencias que finalmente derivaron en la pérdida de su vida.

207. Lo anterior, permite observar que las autoridades no fueron exhaustivas en garantizar a través de sus acciones el acceso al más alto nivel posible de salud física y mental, en tanto que, tuvieron conocimiento de las posibles conductas autolesivas y de abstinencia, y otras asociadas al avance en sus padecimientos mentales que, además, conjugados a la restricción y/o limitación a servicios básicos, actividades y al ejercicio de otros derechos, derivó en posibles actos de discriminación al invisibilizar sus necesidades específicas a partir de su discapacidad psicosocial.

208. En términos del artículo 2o. tercer párrafo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se establece que, la discriminación por motivos de discapacidad se identifica a través de tres acciones específicas, a saber: La existencia de una acción consistente en “distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad”.

209. La existencia de una categoría sospechosa, lo que se relaciona con el artículo

1o. de la mencionada convención que se refiere a personas con “deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad”.

210. El tercer elemento se refiere a una finalidad, lo que el artículo 2o. tercer párrafo del mencionado instrumento internacional refiere como que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo.

211. Adicionalmente a lo expuesto el artículo 2o. del instrumento internacional de referencia, refiere que por *ajustes razonables* se comprende las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales y su denegación en un caso concreto vulnera los derechos de las personas con discapacidad, lo que se constituye al omitirse garantizar igualdad, como discriminación.

212. De acuerdo con la evidencia recabada en el presente instrumento recomendatorio, se aprecia que, AR1, AR2, AR3, AR4, AR16, AR18 y AR19, conocedoras de la atención médica, psicológica y/o psiquiátrica que requerían, de su interacción con el consumo de medicamentos controlados, drogas o sustancias prohibidas, de su escaso o nulo contacto con el exterior, de sus contextos de vida anteriores a su ingreso a centro y de los profundos impactos que sus traslados de otros centros implicó, perdieron de vista –en su calidad de garantes– que su actuación debía ser oportuna y realizar un diagnóstico exhaustivo que permitiera brindarles una atención multidisciplinaria e integral, lo cual de acuerdo a la escaza

información brindada por dichas autoridades no ocurrió, incumpliendo sus obligaciones estatales de salvaguardar su integridad psicofísica y su vida ante cualquier contexto que las colocaba en riesgo o peligro.

213. Al respecto, las autoridades responsables identificadas, de acuerdo con las respuestas brindadas, tampoco generaron acciones que propiciaran una vinculación con instituciones especialistas que abordaran su atención integral a partir de un enfoque basado en su condición de discapacidad psicosocial.

214. El Relator especial sobre el derecho a la salud en el Reporte sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, indicó, que la ansiedad, la depresión y la psicosis son parte de los llamados trastornos mentales que se engloban en lo que hoy en día se identifica como discapacidades psicosociales[31].

215. Es importante hacer mención que una cantidad importante de personas privadas de la libertad tienen necesidades de cuidado en la salud mental, ya que desde su ingreso se les identifican trastornos como la depresión, misma que dentro de las deficiencias identificadas como padecimientos psicosociales es la que tienen una mayor incidencia a nivel global, en ese sentido la OMS y el Comité Internacional de la Cruz Roja también han observado que el hacinamiento, las diversas formas de violencia, aislamiento impuesto o la falta de privacidad, falta de actividades significativas, servicios de salud adecuados y en este tema específico el referido especialmente de salud mental, tienen efectos dañinos en el bienestar de la mayoría de las personas privadas de la libertad y ello es un factor incidente para el desarrollo de una discapacidad psicosocial[32].

---

[31] Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Manual sobre Reclusos con necesidades especiales. Nueva York, 2019, ONU, P. 3

[32] CNDH. Recomendación 054/2022, párrafo 31. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2022-03/REC_2022_054.pdf

216. Las personas con discapacidad psicosocial, que viven en entornos difíciles como lo es el estar privado de la libertad en un Centro de internamiento, por encontrarse en conflicto con la Ley, deteriora su condición, más aún cuando se omite la implementación de cuidados de salud mental y apoyo psicosocial adecuados[33].

217. Es importante enmarcar "la idea errónea y estereotipada", respecto a que las personas con discapacidad psicosocial representan un riesgo para el público, al tener comportamientos fuera de las normas socialmente aceptadas y ante ello, se debería implementar un enfoque rehabilitador; no obstante, el enfoque implementado es punitivo, el cual, restringe los sistemas de apoyo de las personas con discapacidad psicosocial que se encuentran privados de la libertad[34].

218. Las personas privadas de la libertad que tienen necesidad de cuidados especiales por una discapacidad psicosocial son un grupo en condición de discriminación, por lo que para su atención se requiere una planeación especializada para garantizar su reinserción social y su integridad psicofísica al interior del Centro[35].

219. Generalmente en los recintos penitenciarios no existen o son extremadamente inadecuados la atención médica diferenciada a personas con discapacidad psicosocial o problemas de abuso de substancias, en muchos países la calidad de la atención es deficitaria, o incluso perjudicial. Las acciones médicas a implementar buscan mantener a las personas y sus trastornos "bajo control"; es decir, son "objeto de tratamiento", incluso se omite considerar su opinión respecto a sus planes de atención o de recuperación, lo que significa que se hace en contra de su voluntad. En lugar de lo anterior se debe buscar potencializar su autonomía y mejorar su

[33] Ibidem. Párr. 33.
[34] Ibidem. Párr. 34.
[35] Ibidem. Párr. 35.

calidad de vida[36], apoyado en el cuidado interdisciplinario y supervisión[37].

220. Por lo que a luz del análisis sobre las deficiencias y omisiones en garantizar su derecho a la salud que posibilitará el más alto nivel posible de salud física y mental conforme a un enfoque diferencial, psicosocial y con perspectiva de género, los hechos ocurridos en agravio de las 13 víctimas visibilizan:

221. La falta de herramientas para la identificación de personas con discapacidad psicosocial a partir de sus conductas, padecimientos mentales transitorios o permanentes.

222. En la falta de un análisis y diagnóstico de identificación de riesgos a su ingreso y durante su permanencia respecto de los posibles efectos de sus traslados a esos centros y/o de los impactos que enfrentaban a partir de sus contextos de vida, familiares, socioculturales y su interacción con el consumo de sustancias y drogas; que sumados podrían agravar o provocar el desarrollo de enfermedades mentales y que, en suma, agravaron su condición psíquica que las orilló a atentar contra su vida.

223. Lo anterior permite establecer, que las autoridades responsables en el presente Instrumento Recomendatorio, pesé a contar con un Protocolo de Detección, que refiere sobre sus obligaciones para identificar los *factores de riesgo* que aumentan la probabilidad de ocurrencia del riesgo de suicidio y que las colocaba en una mayor situación de vulnerabilidad, no las observaron, y por tanto, no propiciaron aquellos *factores protectores* que redujeran la posible conducta y evitará los decesos[38].

---

[36] 4 Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. P. 8. https://www.who.int/topics/human_rights/Instrument_derechos_OMS_spa.pdf
[37] CNDH. Óp. Cit. Párr. 36.
[38] Al respecto, se aborda a detalle en qué consisten los *factores de riesgo* y *factores protectores* en el Apartado C.1. del presente Instrumento.

224. Ante tales omisiones, las autoridades en su calidad de garantes invisibilizaron los requerimientos específicos que demandaban las víctimas, a partir de un enfoque psicosocial, que implicaba identificar: Las múltiples formas de discriminación en las que vivían la reclusión y el abordaje especializado, diferencial e interseccional como mujeres privadas de la libertad con discapacidad psicosocial que debía brindárseles, vulnerando por tanto, su derecho a la no discriminación en razón de no generar un marco efectivo de intervención para garantizar su derecho al nivel más alto a su salud mental y física, lo que conllevó a la suma de otras interseccionales y por tanto, a una discriminación estructural, como se refiere en la opinión brindada en antropología social, que se aborda más adelante.

225. Omisiones que, en suma, vulneran el contenido de los artículos 6.1, 14.2 y 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y que, advierten, además que, de seguir tolerándose dichos escenarios en ese Centro Federal, pueden llegar a constituirse en actos de tortura.

226. Al respecto, el Relator Especial sobre Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes, se ha pronunciado sobre que no todos los casos en que una persona sufre dolor intenso, pero no tiene acceso al tratamiento adecuado constituirán tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Ello solo sucederá cuando el sufrimiento sea grave y cumpla los requisitos mínimos aplicables en cuanto a la prohibición de la tortura y los malos tratos; cuando el Estado tenga, o deba tener, conocimiento del sufrimiento, incluso cuando no se ofrezca un tratamiento adecuado; y cuando el Gobierno no haya adoptado todas las medidas razonables para proteger la integridad física y mental de las personas[39].

[39] Informe del Relator Especial sobre Tortura y otros Tratos Crueles, inhumanos o Degradantes A/HRC/22/53 de febrero de 2013. Párr. 54.

C. DERECHO HUMANO A LA SEGURIDAD JURÍDICA Y LEGALIDAD

227. Este Organismo Autónomo sostiene que el derecho a la seguridad jurídica constituye *la confianza depositada en el irrestricto respeto del orden jurídico, así como el correcto y oportuno funcionamiento de los mecanismos que hacen válida su observancia*[40]; en este sentido Efraín Polo Bernal señala que *La seguridad jurídica es el beneficio del reinado del derecho, ella exige la adecuación de la ley a los mandatos constitucionales, la imparcialidad y buena organización de la justicia, el cumplimiento del orden constitucional y legal en cualquier acto de autoridad.*[41]

228. Rojas Caballero especifica que *la seguridad jurídica es la certeza que tiene el individuo de que su situación jurídica no será modificada más que por los procedimientos regulares, establecidos previamente*[42] En consecuencia, el derecho a la seguridad jurídica se encuentra tutelado, entre otros, en el Artículo 16, de la CPEUM, que prevé *la causa legal del procedimiento* advirtiéndose el principio de legalidad.

229. El principio de legalidad constituye parte del derecho a la seguridad jurídica e implica *que los poderes públicos deben estar sujetos al derecho bajo un sistema jurídico coherente y permanente, dotado de certeza y estabilidad, que especifique los límites del Estado en sus diferentes esferas de ejercicio de cara a los titulares de*

Disponible: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf

[40] CNDH. Recomendación 19/2023 Sobre el caso de violaciones a derechos humanos al trato digno, a la integridad y seguridad personal por uso excesivo de la fuerza que derivó en tratos crueles, inhumanos o degradantes, a la protección de la salud en relación a la salud mental, al acceso a la justicia y a la verdad, así como a la seguridad jurídica y a la legalidad, en agravio de V, persona que se encontraba privada de la libertad en el Centro Penitenciario Federal en Ramos Arizpe, Coahuila.

[41] Polo Bernal, Efraín, “Breviario de garantías constitucionales”, México, Porrúa, 1993, p. 21.

[42] Ariel Rojas Caballero, Las garantías individuales en México, su interpretación por el Poder Judicial de la Federación. México, Porrúa, 2002, p. 253.

los derechos individuales, garantizando el respeto a los derechos fundamentales de las personas.[43] Por lo tanto, la legalidad rige todas las actuaciones de la administración pública, bajo la sujeción a sus propias normas y reglamentos, por lo que sólo puede hacer lo que le esté permitido por la ley.

230. Este Organismo Nacional destaca que el derecho a la seguridad jurídica se materializa con el principio de legalidad, garantizado en el sistema jurídico mexicano en los artículos 14 y 16 constitucionales, que prevén el cumplimiento de las formalidades esenciales del procedimiento, la fundamentación y motivación de la causa legal del mismo.

231. En este contexto, la seguridad jurídica se relaciona con el funcionamiento de las instituciones del Estado de acuerdo con lo legalmente establecido y, a su vez, con la noción de los gobernados del contenido de la norma, siendo esto lo que llamamos legalidad y certeza jurídica. Cuando las autoridades no se conducen conforme a la legalidad y no dan certeza jurídica de sus acciones a los gobernados, incumplen con su obligación de garantizar la seguridad jurídica de las personas.

232. Para cumplir o desempeñar sus obligaciones, los agentes del Estado deben cubrir todos los requisitos, condiciones y elementos que exige la CPEUM y demás leyes que de ella emanan, así como los previstos 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 genere sea jurídicamente válida, ya que el acto de autoridad debe estar debidamente fundado y motivado. Así, la restricción de un derecho debe ser utilizada estrictamente para los casos que lo ameriten a fin de garantizar el derecho a la seguridad jurídica de los gobernados, ya que su ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que

[43] CNDH. Recomendación 32/2023. “Sobre el caso de violación a los derechos humanos a la seguridad jurídica, igualdad y no discriminación, así como al interés superior de la niñez, en agravio de V, niño con discapacidad, ocurrida durante el trámite de su pasaporte, en Zapopan, Jalisco”.

la propia CPEUM establece.

233. En este sentido, en estricto cumplimiento al artículo 33, fracción XIX, de la LNEP, el 23 de febrero de 2021, mediante Oficio PRS/2079/2021, el Titular del OADPRS instruyó al Coordinador General de Centros Federales que se difundiera y aplicara el Protocolo de Detección el cual contempla las acciones específicas a seguir por las áreas de los Centros Federales ante la conducta suicida al interior de esos lugares; situación que fue corroborada mediante el diverso PRS/UALDH/9125/2021, en el que el Titular de la UALDH señaló que el protocolo mencionado *contempla acciones específicas y procedimientos que el personal penitenciario debe realizar para identificar e intervenir en los casos de riesgos suicidas*[44]. Entre dichas medidas está la de entregar un tríptico de salud mental por parte de personal del área de Trabajo Social, así como informar de manera directa las características de reclusión de la persona privada de la libertad en el Centro Federal a fin de minorizar la ansiedad y el estrés generados por el ingreso a un establecimiento penitenciario, además de realizar un estudio psicofísico a la persona privada de la libertad y de considerarlo ubicarla en el área médica a fin de proporcionarle el tratamiento y medicamento correspondiente, por parte de personal del Área de Psicología aplicar la escala de riesgo suicida de Plutchik, dentro de las 72 horas al ingreso de las personas privadas de la libertad, de igual forma establece que será el Comité Técnico puede proponer o validar los programas de intervención de las áreas Médica y Psicológica, que incluyan un plan de tratamiento individualizado para dar un seguimiento puntual a la condición de la salud mental de la persona privada de la libertad.

234. De acuerdo al Oficio PRS/UALDH/2797/2022, del 1 de abril de 2022, se advierte que V1 recibió valoraciones psicológicas correspondientes al periodo del 11

[44] Oficio PRS/UALDH/9125/2021, del 17 de noviembre de 2021, de la Unidad de Asuntos Legales y Derechos Humanos del OADPRS.

de diciembre de 2018 al 13 de diciembre de 2019, atención por la especialidad de Psiquiatría el 13 de octubre de 2020 y modificación de su plan de actividades de servicios de salud mental el 21 de mayo de 2021; sin embargo, al carecer de un seguimiento médico, multidisciplinario e integral adecuado que permitiera brindarle un tratamiento acorde a los factores de riesgo que presentaba, implicó que su sintomatología no fuera tratada con eficacia, pese a haberle activado el Protocolo de Detección, lo que derivó en que su padecimiento evolucionara, representando con ello que su riesgo suicida se acrecentara, lo que se vio finalmente materializado.

235. En el caso particular de V2 de acuerdo a la nota de Psiquiatría del 13 de julio de 2022 en la que refirió consumo de drogas, crisis convulsivas y autoagresiones, y de conformidad con la relación de atención Psicológica suscrita por AR3, se observa que V2 asistió a 82 atenciones psicológicas de manera individual, en el periodo comprendido del 2 de mayo de 2020 al 3 de mayo de 2021 y acudió en 26 ocasiones a atenciones psicológicas del 4 de mayo de 2021 al 4 de mayo de 2022; referente a V3, fue valorada por personal del Área de Psicología en fechas 17 y 25 de enero, 10, 16 y 23 de febrero, 3, 13, 14, 15, 16 y 17 de marzo de 2023, expresando síntomas de dificultad para dormir, ansiedad y tener antecedentes relacionados con su contexto penitenciario anterior; en ambos casos no obra documental que acredite la implementación del Protocolo de Detección.

236. En el caso de V4 de acuerdo con la nota informativa PSIC/1273/2023, del 14 de julio de 2023, AR18 informó a AR19 respecto la valoración psicológica practicada a V4, en la cual la víctima externó que derivado de una ruptura emocional con otra mujer privada de la libertad, tuvo una aparente inestabilidad anímica, lesionándose en antebrazos derecho e izquierdo con un vidrio; referente a V5 del análisis realizado al oficio SSPC/CGCF/CFRS16/DG/29384/2023, del 5 de diciembre de 2023, rendido por AR18 a personal de la UALDH, señaló que respecto a si V5 contaba con ideación suicida, AR18 asentó que V5 contaba con un diagnóstico de trastorno de la

personalidad antisocial; no obstante, de la valoración psicológica que se le había proporcionado no se desprendía ideación suicida, adicionalmente señaló que a su ingreso se le proporcionó el Tríptico de “Prevención del Suicidio”, además de otorgarle los inventarios correspondientes, situación de trascendencia, puesto que la omisión en brindar una adecuada atención psicológica que permitiera ver el riesgo de ideación suicida, generó que las autoridades recomendadas en la presente fueran ineficientes para poder implementar el Protocolo de Detección.

237. Por último, respecto a V8 de conformidad con el Oficio SSPC/CGCF/CFRS16/DG/23949/2023, del 10 de octubre de 2023, tras haber sido diagnosticada con trastorno de la personalidad antisocial, AR1 indicó que “*al no haber señales de riesgo suicida*”, no era necesaria la activación del Protocolo de Detección; sin embargo, sí presentaba síntomas y padecimientos que implicaban el riesgo de la comisión de un acto suicida, tales como trastorno de personalidad antisocial y consumo de drogas, los cuales se inobservaron y ello culminó en su deceso.

238. En el caso particular de V6, V7, V9, V10, V11, V12 y V13, derivado de que autoridades de la UALDH pese a haberles hecho del conocimiento los sucesos motivo de la queja, no remitieron documental o información en la que se sustentara que se les hubiera realizado la escala de Plutchik a su ingreso a ese lugar de reclusión dentro de las primeras 72 horas como se señala en el Protocolo de Detección, así como corroborar mediante documentales médicas general, la atención psicológica y/o psiquiátrica proporcionada, y poderles brindar el tratamiento terapéutico idóneo, por ello, esta Comisión Nacional reitera la importancia de que la autoridad penitenciaria debe realizar acciones de detección, prevención y tratamiento de la salud mental, mismas que son necesarias para la identificación de factores de riesgo en este tipo de conductas, puesto que la mujer privada de la libertad está estrechamente relacionada con factores contextuales que ya suponen en sí mismo

una alerta para su salud mental, hecho que impactó en el derecho a la seguridad jurídica y legalidad, al no haber implementado el Protocolo de Detección, de conformidad con el artículo 33 de la LNEP.

C.1 OMISIONES EN EL SEGUIMIENTO ADECUADO DEL PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE V1 E IRREGULARIDADES COMETIDAS EN LA GENERALIDAD EN AGRAVIO DE V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 Y V13

239. Como se abordó de manera previa, de acuerdo con el Oficio PRS/UALDH/2797/2022, del 1 de abril de 2022, V1 recibió diversas valoraciones psicológicas y modificación de su plan de actividades de servicios de salud mental el 21 de mayo de 2021, fecha en la cual se activó el Protocolo de Detección a su favor; sin embargo, el 20 de julio de 2021, V1 materializó el acto suicida.

240. Es menester señalar que el Protocolo de Detección clasifica el riesgo suicida en tres niveles, siendo los siguientes:

- Nivel de riesgo leve: hay una ideación suicida sin planes concretos o evidencias de hacerse daño. La persona privada de la libertad es capaz de reflexionar, ser autocrítica y rectificar su conducta.
- Nivel de riesgo moderado: existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.
- Nivel de riesgo grave: hay una preparación concreta para hacerse daño.
- Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas, ha presentado varios intentos de autoeliminación.

241. Al respecto, la detección de dichos riesgos se define como las acciones

implementadas para identificar si la persona privada de la libertad presenta ideación o riesgo suicida; asimismo, los factores de riesgo de acuerdo con el Protocolo de Detección se definen como aquellos que aumentan la probabilidad de ocurrencia del riesgo de suicidio y ponen en mayor vulnerabilidad a la persona, algunos de los cuales son los siguientes:

- Bajo nivel socioeconómico.
- Pérdida de la libertad y/o cambio de situación jurídica, pérdidas personales.
- Trastornos mentales, como depresión, de personalidad o esquizofrenia.
- Problemas de juicio, falta de control de los impulsos y comportamientos autodestructivos. (sic)
- Problemas previos de alcoholismo y abuso de sustancias. (sic)
- Problemas de orientación sexual. (sic)
- Problemas de extorsión o abuso de otras personas privadas de la libertad o personal penitenciario hacia la persona, que hayan sufrido o sufra abuso físico y/o sexual. (sic)
- Problemas con el funcionamiento de la familia, las relaciones sociales y los sistemas de apoyo. (sic)

242. De este modo, una vez identificados los factores de riesgo, las autoridades deben propiciar factores protectores que reduzcan el riesgo y las alejen del suicidio, elementos, que si bien, lo establece el propio Protocolo, no eliminan el riesgo, sí pueden contrarrestar la extrema tensión de los acontecimientos de la vida en reclusión, generando ajustes razonables para el caso, siendo estos, entre los más comunes a observar:

- Apoyo de la familia, amigos y otras personas importantes consideradas dentro

de su red de apoyo.

- Creencia religiosas, culturales y étnicas.
- Integración social, por ejemplo, a través del trabajo, el uso constructivo del tiempo.
- Acceso oportuno a servicios y asistencia de salud mental.
- El diseño y la aplicación de plan de actividades, factor que coadyuva a disminuir otros factores de riesgo.

243. En ese orden de ideas, las Políticas de Operación del Protocolo de Detección prevén tres momentos de aplicación:

a) Prevención. Medidas destinadas no solo a evitar la aparición de factores de riesgo, sino a detener su avance y atenuar sus consecuencias.
b) Detección. Diagnóstico y pronóstico del riesgo suicida que presenta la persona privada de la libertad durante su reclusión por parte de las áreas de psicología y médica.
c) Intervención. Abordaje terapéutico por el área de Psicología, así como tratamiento farmacológico implementado por el médico general o especialista.

244. Ahora bien, el Protocolo de Detección contempla el procedimiento de intervención de riesgo suicida en las personas privadas de la libertad en el que se señalan las acciones que debe llevar a cabo el personal de cada área del Centro Penitenciario Federal, entre las cuales se encuentran las siguientes actividades:

- Por parte del área de Psicología:
  - Realizar intervención psicológica, en caso de ser necesaria.
  - En su caso, proponer para el tratamiento individualizado el programa terapéutico correspondiente.

- Realizar el seguimiento de la persona que presente un nivel de riesgo suicida mediano y alto, ubicada en estancia y hospital.

➢ Por parte del área de Seguridad y Custodia:

- Asegurar que la estancia en la que se ubique la persona esté libre de objetos de riesgo.
- Evitar que se ubique a la persona con riesgo suicida medio o alto, en una estancia solo.
- Implementar vigilancia personalizada permanente o intermitente, de conformidad con lo indicado por el área médica o de psicología.
- Remitir a la Dirección Técnica los reportes derivados del monitoreo y vigilancia personalizada de las conductas presentadas por la persona.
- Reportar al área Técnica (Psicología, Medicina, Trabajo Social) cuando en el transcurso de la guardia detecte comportamientos inusuales.

➢ Por parte del Comité Técnico:

- Validar la propuesta del plan de actividades individualizado, que incluya los programas de intervención específica de las áreas médica, psicológica y social, de acuerdo con el nivel de riesgo suicida que la persona presenta.

245. Esta situación denostó que a pesar de las valoraciones psicológicas llevadas a cabo por AR2 y AR3, V1 se privó de la vida, implicando que dichas autoridades responsables fueran incapaces de ver los factores de riesgo ante los cuales se enfrentaba, como lo fueron los padecimientos de ansiedad, alucinaciones auditivas y visuales, autoagresiones e insomnio implicaban un riesgo suicida, traduciéndose en la omisión por parte de las Áreas de Medicina, Psicología, Seguridad y Custodia para prevenir el riesgo suicida, la falta de un seguimiento adecuado del Protocolo de Detección, puesto que personal de las Áreas Médico y Psicológica debieron realizar el seguimiento de la persona que presente un nivel de riesgo suicida mediano y alto,

en el cual detecten comportamiento o sintomatología que representara el riesgo de la comisión de un acto suicida, lo cual no pudo ser advertido por AR2 y AR3 a favor de V1, incumpliendo con ello el atender a cabalidad lo estipulado en el Protocolo de Detección, y por ende la inobservancia del artículo 33, de la LNEP.

246. Derivado de ello, debe señalarse que una obligación de la autoridad penitenciaria es la atención a cabalidad de los Protocolos emitidos por la Conferencia Nacional del Sistema Penitenciario, en este caso el Protocolo de Detección de conformidad con el artículo 33 de la LNEP, el cual tiene por objetivo minorizar cualquier riesgo suicida, por lo que su omisión o inadecuada aplicación, genera que se vea mermado o minorizado el fin con el que fue establecido, como acontece en el presente caso, en el cual se observa que a pesar de que V1 contó con valoraciones por AR2 y AR3, las mismas no pudieron mitigar el riesgo suicida que presentaba.

247. En ese sentido, de acuerdo a las facultades conferidas a AR4 y AR16 como responsables y titulares del CEFERESO No. 16, de conformidad con el artículo 16, fracción III de la LNEP, debieron garantizar el cumplimiento de las leyes, reglamentos, manuales, instructivos, criterios, lineamientos o disposiciones aplicables, en este caso existe inobservancia de la LNEP, al no haber asegurado el cumplimiento del artículo 33 de la LNEP respecto de que personal a su cargo acatara el Protocolo de Detección en beneficio de V1; incumpliendo lo previsto en el artículo 18 fracción III de la LNEP, hecho que transgredió el derecho a la protección a la salud, a la seguridad jurídica y legalidad, a la integridad personal y a la vida y a la igualdad y no discriminación de V1, vulnerándose los artículos 9o. primer párrafo, 14 y 15 fracción I de la LNEP.

248. Ahora bien, respecto a AR1, como responsable de las Áreas Médica y Psicológica, y superior jerárquico de AR2 y AR3 se encontraba obligado a supervisar las valoraciones realizadas a la población penitenciaria y asegurarse de la activación

de Protocolo de Detección en caso de ser necesario a fin de realizar el seguimiento adecuado de V1 al presentar un nivel de riesgo suicida y en caso de presumirse el incremento del riesgo suicida, debió emitir las instrucciones necesarias para que se ajustaran las medidas de cuidado de V1, como la vigilancia estrecha.

249. Por lo que, derivado una cadena de omisiones por parte de AR1, AR2 y AR3 en la correcta aplicación y seguimiento del Protocolo de Detección a favor de V1 y mitigar el riesgo suicida, incumplió alcanzar el fin con el que fue emitido, trastocando de igual forma la certeza jurídica que debieron brindar los agentes del Estado, en este caso las autoridades penitenciarias del CEFERESO No. 16 a V1, en que existe una normatividad vigente que protege su esfera jurídica y de derechos, como es el derecho a la protección a la salud, a la integridad personal y a la vida, como lo es el artículo 33 de la LNEP, sobre los protocolos de actuación creados para dignificar su vida en reclusión.

C.2 FALTA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE DETECCIÓN EN V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 Y V13

- ***Caso de V2***

250. En el caso de V2, a pesar de que se le proporcionó atención psiquiátrica el 13 de julio de 2022, por personal del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, en la cual refirió como antecedente consumo de drogas, crisis convulsivas, autoagresiones y que de acuerdo a los Informes del Plan de Actividades de Salud Mental del 17 de mayo de 2021 y 16 de mayo de 2022, se advierte que V2 asistió a 82 atenciones psicológicas de manera individual, así como 26 asistencias psicológicas; sin embargo, de acuerdo al procedimiento de intervención de riesgo suicida en las personas privadas de la libertad, el cual forma parte del Protocolo de Detección y con base en el análisis de la información antes referida, no se observa

que en el Comité Técnico del CEFERESO No. 16 se hayan propuesto o validado programas de intervención multidisciplinaria para abonar de forma positiva en su estado de salud mental o que con base a las valoraciones psicológicas hechas se elaboraba un plan terapéutico para ella, incumpliendo con el proceso de detección de intervención del riesgo suicida.

251. Lo anterior cobra relevancia, puesto que en referencia a la nota psiquiátrica del 13 de julio de 2022, y al manifestar antecedentes de consumo de drogas e ideación autolesiva, y puesto que ambos señalamientos establecían la posibilidad de cometer un acto suicida, no obra constancia que acreditara la activación del Protocolo de Detección; no obstante, la acción suicida de V2 se materializó el 20 de julio de 2022, implicando con ello omisión por parte de AR2 y AR3 en informar a AR1 el estado de salud mental de V2 y con ello algún síntoma de alerta, como lo fue ideación autolesiva y consumo de drogas, se valorara en el Órgano Colegiado del CEFERESO No. 16 para un abordaje terapéutico.

- ***Caso de V3 y V8***

252. En el caso de V3 recibió atención psicológica por parte de AR2 en los periodos del 17, 25 de enero, 10, 16 y 23 de febrero, 3, 13, 14, 15, 16 y 17 de marzo, 10 de octubre de 2023, y respecto de V8, de conformidad con el Oficio SSPC/CGCF/CFRS16/DG/23949/2023, del 10 de octubre de 2023, fue diagnosticada con trastorno de la personalidad antisocial; sin embargo, AR1 indicó en el ocurso en cita que al no haber señales de riesgo suicida, no se ameritaba la activación del Protocolo de Detección, al respecto debe indicarse que si bien es cierto puede advertirse que AR2 adujó que no había elementos que implicaran un riesgo suicida, V3 y V8 si los presentaban, dado que estos se vieron materializados, por lo que no se valoraron a detalle las condiciones contextuales, antecedentes y situación en materia de salud mental de V3 y V8, en razón que de haberlo hecho, hubieran

encontrado los indicios suficientes para la activación del Protocolo de Detección.

253. Lo anterior implicó que AR2 no informara a AR1 los padecimientos o factores de riesgo que presentaban V3 y V8, al no considerarse riesgo suicida lo que limitó a que se solicitara al Comité Técnico del CEFERESO No. 16 la activación del Protocolo de Detección, por lo que al no ser llevado a cabo, lo que no exime a AR1, como superior jerárquico a estar al tanto del servicio que ofrece personal a su cargo y asegurarse de que se privilegió el resguardo del bien jurídico mayormente tutelado que es la vida. Por lo tanto, AR2 no solo transgredió el derecho a la protección a la salud, a la integridad personal y a la vida, así como a la igualdad y no discriminación de V3 y V8, sino que ello implicó que la autoridad penitenciaria de ese lugar de reclusión no cumpliera con dotarles de certeza jurídica, puesto que, la legalidad rige todas las actuaciones de la administración pública, bajo la sujeción a sus propias normas y reglamentos, debiendo realizar lo que le esté permitido por la ley, en este caso en el artículo 33 de la LNEP, hecho que no aconteció, ya que AR3 y AR4 debieron valorar los indicativos relacionados con la salud mental y el contexto penitenciario de V3 y V8; y AR1, garantizar que a través de la actuación de aquellos se salvaguardara la salud mental de V3, al estar al frente del área que debe vigilar sobre el particular, lo que no se realizó.

- ***Caso de V4, V5, V6, V7, V9, V10, V11, V12 y V13***

254. El 31 de julio de 2023, PSP24 informó que el 22 de mayo de 2022 V4 ingresó al CEFERESO No.16; del mismo modo el 2 de agosto de 2023, personal del Área Jurídica de ese lugar de reclusión señaló que V5 llegó a ese Centro Penitenciario el 16 de febrero del mismo año; ahora bien, el 15 de agosto del 2023, PSP26 indicó que V6 llegó a ese centro penitenciario el 18 de mayo de 2022; por último, el 4 de septiembre de este año, PSP27 hizo del conocimiento que V7 entró a ese Centro Federal el 3 de septiembre del año en curso.

255. Con respecto a los ingresos de V4, V5, V6, V7, V9, V10, V11, V12 y V13 al CEFERESO No. 16, aunado al requerimiento de información realizado por esta Comisión Nacional, respecto de si se implementó el Protocolo de Detección en los casos de V4, V5, V6, V7, V9, V10, V11, V12 y V13, y si bien es cierto en el caso de V4 y V5 se remitió información por medio de los oficios PRS/UALDH/17390/2023 y PRS/UALDH/17479/2023, del 1 y 4 de diciembre de 2023, respectivamente, en el caso de V4 únicamente se adjuntaron notas de atención médica general y una nota psicológica de las que se advierten que presentaba problemas de salud mental asociados con un riesgo suicida, para el caso de V5, a pesar de que personal de la UALDH informó que se le practicaron valoraciones psicológicas a su ingreso para determinar el riesgo suicida, cabe señalar que la atención psicológica proporcionada fue deficiente para detectar la necesidad de aplicar el Protocolo de Detección; además, la UALDH no respondió a la petición sobre si se les aplicó ese protocolo, por lo que se infiere que al ingreso de V4, V6, V7, V9, V10, V11, V12 y V13 a ese lugar de reclusión, no se les realizó una valoración psicológica en las primeras 72 horas de detección, base en la escala de Plutchik, ni durante su internamiento, acción que de acuerdo al Protocolo de Detección debe realizarse, como un procedimiento de prevención y/o intervención de riesgo suicida.

256. Con base en lo anterior, es de señalar que los actos suicidas de V4, V5, V6, V7, V9, V10, V11, V12 y V13 se vieron materializados, en tanto sí existían indicios de ideación suicida, lo que sin duda ameritaba la implementación del Protocolo de Detección, mismo que está vigente desde febrero de 2021.

257. Por lo cual ante la omisión de implementar el Protocolo de Detección en V4, V5, V6, V7, V9, V10, V11, V12 y V13 se transgredió el derecho a la seguridad jurídica de estas, por lo cual en virtud de que no se valoró la condición de salud mental de V4, V5, V6, V7, V9, V10, V11, V12 y V13, a fin de detectar si existía riesgo suicida y

con ello solicitar la activación del Protocolo de Detección, para otorgarles un abordaje terapéutico multidisciplinario, se incumplió con ello la obligación de atender con lo estipulado en el multicitado artículo 33 de la LNEP.

D. DERECHO HUMANO A LA INTEGRIDAD PERSONAL CON RELACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA VIDA

D.1 DERECHO HUMANO A LA INTEGRIDAD PERSONAL

258. El derecho a la integridad personal se encuentra reconocido en los artículos 1o. y 19, último párrafo, de la CPEUM, los cuales disponen que todas las personas son titulares de los derechos reconocidos en la Constitución Federal, los tratados internacionales de derechos humanos en los que el Estado mexicano sea parte, por lo cual todo mal tratamiento en las prisiones, son abusos que serán corregidos por las leyes y reprimidos por las autoridades.

259. En este sentido, el artículo 5 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, prevé que nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes; los artículos 5.1 y 5.2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos menciona que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos señala que nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes; el Principio 6 del Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión sostiene que ninguna persona será sometida a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

260. Este Organismo Nacional ha insistido que el derecho a la integridad personal es aquel que tiene toda persona para no sufrir tratos que afecten 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 grave con motivo de la injerencia o actividad dolosa o culposa de un tercero.[45]

261. El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en la Observación General 20, del 10 de marzo de 1992, refiere que *los Estados Partes no deben exponer a las personas al peligro de ser sometidas a torturas o a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes al regresar a otro país tras la extradición, la expulsión o la devolución.*

262. Asimismo, las autoridades a cargo de la custodia de las personas privadas de su libertad se encuentran en una posición de garante frente a estas obligaciones y responden directamente por las violaciones a sus derechos; es decir, el Estado detenta un control de sujeción especial sobre las personas privadas de la libertad; por lo tanto, se convierte en el responsable de salvaguardar todos sus derechos por su posición de garante.

263. En este sentido, *toda vez que las autoridades penitenciarias ejercen un fuerte control o dominio sobre las personas que se encuentran sujetas a su custodia. De este modo, se produce una relación e interacción especial de sujeción entre la persona privada de libertad y el Estado, caracterizada por la particular intensidad con que el Estado puede regular sus derechos y obligaciones y por las circunstancias propias del encierro, en donde al recluso se le impide satisfacer por cuenta propia una serie de necesidades básicas que son esenciales para el desarrollo de una vida digna.* [46]

---

[45] CNDH, Recomendación 1/2017, “Sobre el cateo ilegal, detención arbitraria, retención ilegal y tortura en agravio de V1, en Culiacán, Sinaloa”, pág. 104.
[46] CrIDH, Caso Instituto de Reeducación del Menor Vs. Paraguay, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, sentencia de 2 de septiembre de 2004, Serie C No. 112, Párrafo 153.

264. La Regla Mandela 1 señala que: *Todos los reclusos serán tratados con el respeto que merecen su dignidad y valor intrínsecos en cuanto seres humanos. Ningún recluso será sometido a tortura ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, contra los cuales se habrá de proteger a todos los reclusos, el personal, los proveedores de servicios y los visitantes*.

265. Sobre el mismo tema, la SCJN se ha manifestado en el sentido de que *todo maltrato en las prisiones […] son abusos que serán corregidos por las leyes y reprimidos por las autoridades […] la falta de represión de este tipo de conductas viola la Constitución General de la República por omisión y se traduce en una ulterior violación a los derechos humanos de las víctimas, generada por la tolerancia del Estado hacia la violencia y abusos cometidos por sus servidores públicos.*[47]

266. Por lo tanto, en el presente caso se acreditó que se vulneró el derecho a la integridad personal de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V12 y V13, toda vez que como se advierte de los partes informativos CFRS16/SSC/2ª.Cía/2364/2021, del 19 de julio de 2021 referente al deceso de V1; CFRS16/SSC/2ª.Cía/2442/2022, del 21 de julio de 2022 sobre la muerte de V2; acta circunstanciada del 21 de marzo de 2023, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la cual se recabó el testimonio de PPL14, quien refirió que el 19 del mismo mes y año se suscitó el suicidio de V3; acta circunstanciada del 31 de julio de 2023, en la cual PSP25 comunicó a persona servidora pública de este Organismo Autónomo que V4 se privó de la vida; acta circunstanciada del 2 de agosto de 2023, en la cual AR14 hizo del conocimiento a esta Institución Autónoma el fallecimiento de V5; acta circunstanciada del 14 de agosto de 2023, en la que PSP26 comunicó el suicidio de V6; acta circunstanciada del 4 de septiembre de 2023, en la cual personal de esta Comisión Nacional recibió la llamada de PSP27 quien le comentó la muerte de V7 y parte informativo del 3 de

[47] Tesis: P. LXVI/2010, Pleno de la SCJN, Novena Época, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXXIII, Enero de 2011, Registro digital: 163182.

septiembre de 2023 en el cual AR15 hizo del conocimiento el suicidio de V8; así como actas circunstanciadas del 25 de octubre, 5 y 10 de noviembre de 2023 PSP27 informó de los decesos de V9, V10 y V11, y parte informativo del 28 de noviembre de 2023, mediante el cual AR17 informó a AR11 el deceso de V12, se detectó que personal de Seguridad y Custodia, no se encontraba ejerciendo su obligación de custodia y salvaguarda de la integridad física de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13 incumpliendo con su deber previsto en los artículos 19, fracciones I y II de la LNEP, el cual establece que la custodia penitenciaria deberá mantener la vigilancia, orden y tranquilidad de los Centros Penitenciarios, así como salvaguardar la integridad de las personas privadas de la libertad, como se desarrolla más adelante.

D.2 DERECHO HUMANO A LA VIDA

267. Como se mencionó anteriormente, el artículo 1o. de la CPEUM prevé que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece; asimismo, el derecho a la vida se encuentra previsto en el artículo 3o., de la Declaración Universal de los Derechos Humanos que textualmente: *Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona*; en tanto el artículo 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos precisa: *Toda persona tiene derecho a que se respete su vida*.

268. En este sentido, el derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que de igual manera establecen su protección son los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana

sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

269. Al respecto la CrIDH ha establecido que: *El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo (…) los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él*[48]

270. La misma CrIDH ha reiterado que el cumplimiento de las obligaciones impuestas por el artículo *1.1 relacionado con el artículo 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que, además, a la luz de su obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos, requiere que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de todos los que se encuentran bajo su jurisdicción*[49].

271. De lo antes señalado es dable concluir que el derecho humano a la vida no se limita a que ninguna persona sea privada de la misma, sino que requiere por parte del Estado adoptar medidas apropiadas para la protección de la misma, en su calidad de garante (sobre todo, cuando las personas se encuentran privadas de la libertad en instituciones penitenciarias, por su especial condición de subordinación frente al

[48] CrIDH, Caso de los "Niños de la Calle" (Villagrán Morales y otros) Vs Guatemala, Fondo, Sentencia de 19 de noviembre de 1999, Serie C No. 6, Párrafo 144.
[49] CrIDH. Caso Ortiz Hernández y otros Vs. Venezuela. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de agosto de 2017. Serie C No. 3387, párrafo 100.

Estado del que dependen jurídicamente, como es el presente caso).

272. Por lo tanto, el Estado a través de las autoridades que integran el Sistema Penitenciario Federal, deberán salvaguardar el derecho a la vida de las personas privadas de la libertad, debido a su deber de garante, para lo cual tienen que brindar los servicios de custodia, supervisión psicológica y vigilancia necesarios para cumplir con tal fin, lo que en el caso no sucedió.

273. En ese sentido la CIDH sostiene que *el Estado, como garante del derecho a la vida de los reclusos, tiene el deber de prevenir todas aquellas situaciones que pudieran conducir, tanto por acción, como por omisión, a la supresión de este derecho*[50]

274. Conviene precisar que en el ámbito normativo nacional, el artículo 29, párrafo segundo, de la CPEUM dispone que *[…] no podrá restringirse ni suspenderse el ejercicio de los derechos a […] la vida*; mientras que el artículo 30, párrafo primero, de la LNEP establece que *las condiciones de internamiento deberán garantizar una vida […] segura para todas las personas privadas de la libertad*; así como el artículo 20, fracciones I, III y V, de la citada Ley, disposiciones que indican que la Custodia Penitenciaria tendrá la función de mantener en custodia a las personas privadas de la libertad, vigilar el estricto cumplimiento de las leyes (ello también implica el marco jurídico de derechos humanos) y evitar cualquier incidente o contingencia que ponga en riesgo la integridad física de las personas privadas de la libertad; disposiciones que no se respetaron en el caso de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13 como se advierte a continuación.

275. Igualmente, en el presente caso se acreditó que se vulneró el derecho a la

[50] CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas, 31 de diciembre de 2011, párr. 270.

vida, toda vez que la ausencia del personal penitenciario que ejerciera de manera óptima la función de custodia y vigilancia en los Módulos A, B, C, D, E, F, G y H, así como el Pabellón III derivó en la omisión del deber de cuidar la vida de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13.

D.3 OMISIÓN EN EL DEBER DE CUIDADO DE PERSONAL DE SEGURIDAD Y CUSTODIA QUE DERIVÓ EN LA PÉRDIDA DE LA VIDA DE V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 Y V13 EN EL CEFERESO No. 16

276. Ahora bien, AR5, AR6, AR7, AR9, AR10, AR11 y AR17 tenían la obligación de salvaguardar el derecho a la integridad personal y vida de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13, en resguardar en todo momento su estructura corporal y psicológica, así como su vida, ello debido a su posición de garante, por el control de sujeción especial que detenta el Estado sobre ellas, situación que no aconteció en el presente asunto, como se advierte a continuación.

277. Referente a los sucesos relacionados con el deceso de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13, los mismos se presentaron de la siguiente forma:

VÍCTIMA	FECHA DEL DECESO	HECHOS REFERIDOS EN EL PARTE INFORMATIVO Y/O A PERSONAL DE ESTA COMISIÓN NACIONAL
V1	20 de julio de 2021	*"…encontrándome de servicio en el* Módulo A*, siendo aproximadamente las 22:31 horas, al realizar un rondín de supervisión y vigilancia, me percaté que en la* Estancia I *donde habitaba* V1*, se encontraba suspendida de la ventana con varios calcetines (amarrados al cuello), motivo por el cual inmediatamente informé vía radio a* AR5*, quien rápidamente acudió al lugar de los hechos, acompañada por 7 Oficiales en Prevención Penitenciaria de apoyo, por lo que de manera inmediata se procedió a cortar los calcetines que amarró a su cuello* V1*, a quien se colocó en el suelo, con la finalidad de verificar signos vitales y realizar RCP; posteriormente arriban al lugar* AR7, AR9 y PSP4*, este último verifica nuevamente signos vitales, así mismo refiere que no se sentían los mismos, indicando se trasladara al Centro Médico de este Centro Federal, donde al llegar* V1*, quedó a cargo del personal de enfermería del área médica para su atención y valoración."*

VÍCTIMA	FECHA DEL DECESO	HECHOS REFERIDOS EN EL PARTE INFORMATIVO Y/O A PERSONAL DE ESTA COMISIÓN NACIONAL
V2	20 de julio de 2022	*"…siendo aproximadamente las 20:01 horas del día 20 de julio del año en curso, al encontrarme de servicio en el* Módulo B*, al ingresar al interior del pabellón,* PPL1 *escuchó la voz de sus demás compañeras, me manifestaron: "entré a ayudarle", de inmediato solicité la apertura de la esclusa interior, al llegar al frente a la estancia de* V2*, observé a esta recostada en el piso; así mismo a* T1 *que se encontraba sobre* V2 *realizándole RCP, a lo que inmediatamente emití código blanco y procedí apoyar a* T1 *con el RCP; 20:11 horas llegaron al lugar de los hechos* AR10 *y* PSP15*, no omito mencionar que al lugar de los hechos también acudió* AR7 *y* AR9*, quienes ya habían solicitado la atención médica; 20:13 horas se presentaron* PSP17 *y* PSP18 *en apoyo de* PSP4*, quedando a cargo de ellos su atención médica, quienes manifestaron que a las 20:17 horas se registró la hora de su deceso…"*

VÍCTIMA	FECHA DEL DECESO	HECHOS REFERIDOS EN EL PARTE INFORMATIVO Y/O A PERSONAL DE ESTA COMISIÓN NACIONAL
V3	19 de marzo de 2023	*"… en donde personal del área jurídica me trasladó hasta el* Módulo C*, con la finalidad de entrevistarme con* PPL14 *quien al momento de llegar y presentarme se encontraba llorando mucho, luego de presentarme y preguntarle sobre su estado respondió que el día domingo por la noche su pareja* V3*… - … continúo diciendo que luego del último pase de lista, entre las 21:30 y 22:00 cada quien se encerró en su estancia aunque ella tuvo un altercado con la oficial porque no se quería meter,* PPL14 *señaló que ella fingió encerrarse pero no atrancó bien la puerta y cuando la oficial, se fue salió de su estancia y fue a la de* V3*, para hablar con ella, pero estaba cerrada y con las sábanas como cortinas por lo que al no recibir respuesta y no poder entrar, se regresó a su estancia… - … que a los pocos minutos* V3 *quitó la sábana cortina y empezó a escuchar a sus otras compañeras que decían "no manchen* V3 *ya se va a colgar ya* V3 *no hagas una tontería, no lo hagas* V3 *y que comenzaron a gritar pidiendo ayuda a la oficial… - … agregó que aproximadamente 20 minutos después llegaron unas oficiales, pero no tenían ninguna herramienta ni nada para romper las sábanas ya que* V3 *hizo unos nudos atorando la puerta para que no pudieran abrirla… - … que las oficiales les abrieron a ellas y alguien sacó unas tijeras, que no deberían tener pero fue con lo que cortaron las sábanas y bajaron a* V3*, que otra mujer privada de la libertad comenzó a reanimarla haciendo compresiones en el pecho mientras alguien le daba respiraciones en la boca, hasta que empezó a escupir una bebida energizante que se estaba tomando, que pasaron quince minutos hasta que llegó el médico con* AR7*, quien únicamente llevaba su estetoscopio y el oxímetro, que comenzó a hacerle compresiones pero en el estómago y todas le gritaban que era en el pecho, que comenzó a salirle líquido de la boca y la nariz, y a pesar de que ella vio números en el oxímetro el médico dijo que ya estaba muerta"*
V4	24 de julio de 2023	*"…que siendo las 20:34 horas de la fecha antes mencionada del año en curso, encontrándome de servicio en el* Módulo D *concluyendo y supervisando la entrega de medicamento, me dirijo Pabellón II, recibo una llamada vía cisco de servicio de protección federal, refiriéndome lo siguiente; oficial que se dirija al* Módulo D *a lo que me dirijo de manera inmediata, ingresando aproximadamente a las 20:39 horas escucho gritos del resto de la población interna, quienes me decían diríjanse al* Módulo D *porque ya se colgó, por lo cual pido apertura de la misma al servicio de protección federal, dirigiéndome de manera inmediata hacia el frente de su estancia percatándome que en el interior, donde se ubica* V4*, ya se encontraba recostada sobre el suelo boca arriba, acompañada de* T2 *las cuales se encontraban sosteniéndole y agitándole de su cabeza sin tener una idea clara de lo que estaba ocurriendo en ese momento, les doy la indicación de apartarse y despejar el área para saber que acontecía,*

VÍCTIMA	FECHA DEL DECESO	HECHOS REFERIDOS EN EL PARTE INFORMATIVO Y/O A PERSONAL DE ESTA COMISIÓN NACIONAL
V4	24 de julio de 2023	*observando recostada en el suelo* V4*, acto seguido la llamó verbalmente por su nombre al tiempo en que emito el código blanco y procedo a brindar los primeros auxilios, sin obtener respuesta alguna de su parte, visualizó inmovilidad de cuerpo y extremidades, solicitando el apoyo correspondiente en el área antes mencionada. En ese mismo momento* AR14 *señaló que escucho a la demás población del pabellón, que* PPL19 *se intentaba suspender dentro de su estancia, por lo que me tuve que retirar del área para verificar dicho acontecimiento, arribo a la estancia y me percato que afirmativamente se encontraba con una sábana amarrada a la malla de la ventana alrededor del cuello, le doy comandos verbales para que se desista, solicitando la apertura al servicio de protección federal, procedo a desamarrar el nudo de la sábana con la que intentaba suspenderse, por lo que vía radio abierto solicito nuevamente el apoyo correspondiente mientras intentaba contener la salida de la persona en mención, ya que por lo que se estaba suscitando me percato que su intención era dirigirse al* Módulo D*, donde se encontraba en el suelo* V4*, asimismo se solicita que oficiales de Custodia Penitenciaria y el médico se dirijan al* Módulo D*, a las 20:40 horas aproximadamente arriban al lugar, para atender y valorar signos vitales de la persona en comento, observando que se realizan maniobras de RCP, posteriormente ingresa el médico de guardia informando a las 20:50 horas el deceso de la* V4*."*
V5	2 de agosto de 2023	*"…en donde* PSP29*, me informó en esta fecha aproximadamente a las 11:00 horas de la mañana ocurrió el deceso por suicidio de* V5*, y se ubicaba en el* Módulo F*"*
V6	14 de agosto de 2023	*"…me presenté en las instalaciones del* CEFERESO No. 16*, en donde* PSP25 *me hizo del conocimiento que había ocurrido otro deceso por suicidio, en esta ocasión* V6*, después de que su esposa terminó con ella…-…que* V4 *se encontraba con su esposa en el área de industrias trabajando, que ellas tenían aproximadamente tres meses separadas, que más tarde* V6 *pidió a seguridad la regresaran a su módulo porque se sintió mal de salud, a los pocos minutos de ingresar al módulo se suspendió y a pesar de los intentos por reanimarla no se logró.*

VÍCTIMA	FECHA DEL DECESO	HECHOS REFERIDOS EN EL PARTE INFORMATIVO Y/O A PERSONAL DE ESTA COMISIÓN NACIONAL
V7	3 de septiembre de 2023	*"posteriormente siendo las 05:52 horas al encontrarme en el área del oficial del caso en el* Módulo E*, recibo llamada vía radio por parte del personal del CCC (Centro de Control Central), refiriéndome me dirija de manera inmediata al Pabellón II, ya que aparentemente se estaba presentando una situación con la población que en el mismo habita, refiriendo lo siguiente: "las personas privadas de la libertad están sacando las manos por el transfer", motivo por el cual me dirijo a verificar dicha situación, al ingresar entre excusas me percato que la población se encuentra alterada ya que se escuchaban gritos refiriendo oficial ya se colgó, al momento solicito apoyo vía radio abierto y posteriormente emito código blanco, motivo por el cual tomó las llaves de la platina y marco vía cisco para agilizar el ingreso, al mismo tiempo al encontrarme frente platina con la finalidad de que las personas que se encuentren a su alrededor me apoyen para intervenir, siendo aproximadamente las 05:55 horas de manera inmediata al* Módulo E*, donde ya se observan las personas privadas de la libertad…-…quienes me impiden el acceso aventándome artículos que se encuentran en estancia y gritando lo siguiente "hija de tu puta madre no la toques ahora si te va a cargar la verga" observando a* V7 *acostada en el piso sobre su colchón…-… siendo las 06:02 horas aproximadamente ingresa personal a la estancia antes mencionada por medida de apoyo, la comandante encargada de la compañía y tres zonas con la finalidad de controlar la situación, ingresando a la estancia encargada de compañía de verificar signos vitales de la persona privada de la libertad en comento, visualizando inmovilidad de cuerpo y extremidades, quien reitera nuevamente la solicitud de apoyo del personal del área médica mismo que ingresa a las 06:13 horas* PSP28*, quienes después de verificar signos vitales, determinan la hora de deceso 06:15 horas."*
V8	21 de septiembre de 2023	*"Que el día de la fecha me constituí en las instalaciones del* CEFERESO No. 16*, donde me entreviste con* AR1*, quien me informó que se "suspendió" otra persona,* V8*, que se ubicaba en el* Módulo F*, y tenía poco más de un mes de haber ingresado, que no estaba en lista de riesgo suicida y era sumamente tranquila, pero que sus compañeras de módulo dijeron que había recibido la visita de su defensor y que ella les comentó que él le dijo que no podía hacer nada por ella y ya sabía lo que le esperaba*"
V12	28 de noviembre de 2023	*"…mujeres privadas de la libertad en el Pabellón III le informaron que una persona se intentaba suspender, al llegar a dicho lugar y solicitar la apertura del Pabellón III, con apoyo de PPL20, PPL21 y PPL22 cargaron de inmediato a V12, entre todas lograron bajarla, colocándola en el suelo, la encargada de zona le tomo los signos vitales y comenzó a dar RCP, de igual forma pidió apoyo al Área Médica, quien continúo dando RCP; sin embargo, observaron que salía vomito de su boca y nariz y siendo aproximadamente las 18:17 horas PSP31 determinó la hora del deceso de V12."*

278. Respecto a V9, V10, V11, V12 y V13 mediante oficios V3/078990, V3/078994 y V3/078992 del 16 de noviembre de 2023, así como V3/082409, del 29 de ese mes y año, y V3/086409 del 12 diciembre del mismo año, se requirió a la UALDH información relacionada con los hechos suscitados el CEFERESO No. 16 referente a los decesos ocurridos el 24 de octubre, 4, 8 y 28 de noviembre de 2023; sin embargo, a la emisión de la presente Recomendación, no se ha recibido respuesta del área en comentó, sin omitir mencionar que su término para emitir contestación ha fenecido, por lo que en términos del artículo 38 párrafo segundo de la LCNDH, se toman por ciertos los hechos relativos a que no se realizaron acciones a fin de garantizar la integridad personal y vida de V9, V10, V11, V12 y V13.

279. Como puede apreciarse en el cuadro que antecede, la actuación de AR5, AR6, AR7, AR9, AR10, AR11, AR14, AR15, AR16 y AR17, en los decesos de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13, denota una dilación generalizada en la detección de un acto suicida, acciones de reanimación a fin de evitar los decesos y solicitud de apoyo de personal médico para garantizar la vida e integridad de aquellas que se encuentran en reclusión.

280. En el caso de particular de V1, como ha sido señalado con anterioridad, AR5, AR6, AR10, AR14 y AR15 no pudieron garantizar su integridad personal el día de su deceso en el CEFERESO No. 16, inclusive a pesar de haber activado a su favor el Protocolo de Detección, situación que implicaba un reforzamiento de la custodia penitenciaria haciendo labores de vigilancia estrecha a fin de garantizar que no atentara en contra de su vida, ello no sucedió, puesto que de conformidad con el parte informativo del 20 de julio de 2021, a las 20:31 horas aproximadamente, AR6 manifestó que vio a V1 suspendida de la ventana con varios calcetines (amarrados al cuello), motivo por el cual inmediatamente informó vía radio a AR5, quien acudió al lugar de los hechos acompañada por 7 Oficiales en Prevención Penitenciaria de apoyo, así como de AR7, AR9 y PSP4, al acudir AR6 cortó los calcetines y procedió

a dar RCP a V1; sin embargo, al arribar PSP4 verificó los signos vitales de V1; no obstante, a las 20:51 horas señaló que ya no los presentaba, implicando con ello 20 minutos de dilación para responder a la situación de emergencia, hecho que concluye en que a pesar de que AR6 se percató del acto suicida de V1, su participación resultó ineficaz para evitar que se privara de la vida, lo que implicó que AR5, AR6 y AR7 no pudieron garantizar la integridad personal de V1, por lo cual debe reiterarse que de conformidad con los artículos 15 fracciones I y III, y 19 fracción II de la LNEP, será el personal de Custodia Penitenciaria el responsable de garantizar el respeto a los derechos humanos de todas las personas que se encuentren sujetas al régimen de custodia y vigilancia en un Centro Penitenciario, así como salvaguardar la integridad de las personas y bienes en los Centros.

281. Del mismo modo, para el caso de V2, AR10 señaló que el 20 de julio de 2022, a las 20:01 horas al encontrarse en servicio en el Módulo B y escuchar gritos por parte de las mujeres privadas de la libertad en ese dormitorio, ingresó a la celda de V2, quien se encontraba recostada en el piso, así mismo T1 estaba sobre V2 realizándole RCP, a lo que inmediatamente emitió Código Blanco y procedió apoyar a T1 con el RCP, por las 20:11 horas llegaron al lugar de los hechos AR11 y PSP15; no obstante, después de 15 minutos y al no contar con respuesta por parte de V2, PSP15 registró como hora de su deceso las 20:17, hecho que implicó que AR10, a pesar de solicitar apoyo y atención médica, resultaron insuficientes las acciones comprendidas para evitar que V2 se privara de la vida, puesto que el tiempo de acción y apoyo por personal de Seguridad y Custodia tardó 10 minutos, resultando extenso y perjudicial en las maniobras de RCP realizadas por AR10 para garantizar la integridad personal de V2.

282. En el caso particular de V3, derivado de los hechos suscitados el 19 de marzo de 2023, en los cuales PPL14 refirió que al escuchar "*no manchen V3 ya se va a colgar ya V3 no hagas una tontería, no lo hagas V3*" por parte de mujeres privadas

de la libertad en el Módulo C, quienes comenzaron a pedir ayuda a una oficial de custodia penitenciaria, AR7 tardó 20 minutos en llegar al Módulo C, pero no tenía ninguna herramienta para romper las sábanas que V3 tenía amarradas a su cuello, por lo que después de 15 minutos y hasta que llegó el médico de guardia, tomó los signos de V3, determinando su deceso. De la narrativa de hechos realizadas por PPL14, se advierten serias omisiones por parte de AR7 que garantizara la integridad personal y la vida de V3, toda vez que primero trató de cerciorarse de que se trataba la alerta emitida por las mujeres privadas de la libertad, impidiendo con ello contar con los aditamentos necesarios para actuar frente a este tipo de decesos, como lo son tijeras u otro material que permitiera cortar cualquier tipo de tela, además de acudir con dilación al llamado de emergencia realizado por PPL14.

283. Respecto de V4, se detectaron omisiones en la atención y resguardo de su vida e integridad por parte de AR14, puesto que, de conformidad con el parte informativo del 24 de julio de 2023, los hechos se suscitaron a las 20:39 horas, momento en el que accedió al Módulo D tras escuchar gritos del resto de la población interna, quienes le señalaron que V4 ya se había colgado, a su ingreso a la celda AR14 observó a V4 recostada con inmovilidad de cuerpo y extremidades; sin embargo, a pesar de que AR14, visualizó que V4 requería atención médica, acudió a otra estancia tras recibir una llamada de ayuda por parte de personas privadas de la libertad, ya que otra mujer pretendía privarse de la vida, hecho que implicó dejar a V4 en esa área hasta que acudiera el médico de guardia, quien determinó que a las 20:50 horas V4 falleció, lo anterior evidenció la omisión de AR14 en salvaguardar la integridad y vida de V4 y que el personal de Seguridad y Custodia resulta insuficiente para atender las demandas y eventualidades al interior del CEFERESO No. 16, por lo que no se pudo proporcionar la custodia idónea a las personas privadas de la libertad, ante la falta de recurso humano que garantizara la salvaguarda en todo momento de la integridad de la población penitenciaria, además de falta de pericia o actuación en eventos como lo es el acto suicida, a favor de quienes se encuentran

privadas de la libertad.

284. Por lo que hace a V5, de conformidad con los hechos suscitados el 2 de agosto de 2023 en el CEFERESO No. 16, si bien es cierto AR14 informó a esta Comisión Nacional mediante acta circunstanciada que en esa fecha a las 11:00 horas aproximadamente V5 se suicidó, y que desconocía los hechos de modo, tiempo y lugar respecto a su deceso; también lo es que ello implicó que hubo irregularidades en el cuidado de V5, por parte de Seguridad y Custodia del CEFERESO No. 16, tomando en cuenta el contexto de los hechos ocurridos con V5.

285. Referente a V6, PSP25 hizo del conocimiento a personal de esta Comisión Nacional que el 14 de agosto de 2023 ocurrió el deceso de V6, aludiendo que el mismo se dio después de que tuviera una ruptura sentimental y que posterior a esta, al encontrarse laborando en el Área de talleres, argumentó sentirse mal, por lo que pidió a personal de Seguridad acudir al Módulo G y suspendió sus labores, por lo cual personal de Seguridad y Custodia la encontró suspendida en su dormitorio, por lo cual procedió a proporcionar RCP, siendo que pese a los intentos de personal de Seguridad y Custodia por reanimarla, esto no se logró, lo anterior implica que si bien es cierto V6 solicitó acudir a su dormitorio, el periodo en el que ingresó y hasta el momento en el que materializó su acción suicida, contó con el tiempo suficiente sin vigilancia para llevarla a cabo, además de que no se efectúa una actuación eficaz e inmediata por parte de la Custodia Penitenciaria del CEFERESO No. 16, puesto que, de detectarse en tiempo, así como de realizarse las acciones como RCP o bien evitar que se suspendiera, se habría garantizado la integridad personal y la vida de V6, hecho que no aconteció.

286. Ahora bien, en el caso de V7, de acuerdo con el parte informativo del 3 de septiembre de 2023, suscrito por AR15, se tuvo conocimiento que los hechos ocurrieron a las 05:55 horas aproximadamente en el Módulo E, al cual acudió AR15

como responsable del Módulo E, quien observó a V7 acostada en el piso sobre su colchón, argumentando que no podía acceder al dormitorio puesto que mujeres privadas de la libertad no se lo permitían y no fue hasta las 06:13 horas de ese día, que personal del área médica ingresó al Módulo E, quienes después de verificar signos vitales, determinan como hora de deceso a las 06:15 horas, con relación a ello, es menester señalar que entre la detección del acto suicida de V7 y la hora en que se determinó su muerte pasaron 20 minutos, además de ello AR15 indicó que mujeres privadas de la libertad impidieron que accediera al lugar, evidenciando con ello la dilación para proporcionar acciones de RCP a V7 para salvaguardar su vida, además de inferirse la falta de vigilancia por parte de AR15 y de suficiente personal de Seguridad y Custodia que auxilian en atender con inmediatez sucesos de esta índole inclusive puede advertirse una falta de capacitación en abordar este tipo de eventos, pues hasta ese momento se percató que algo sucedía, siendo que al impedirle el paso se advierte que mujeres privadas de la libertad estaban sin custodia al poder haber hecho una balla humana para restringir el paso, lo que en su conjunto se tradujo en omisiones para garantizar la integridad personal y vida de V7.

287. Respecto de V8, AR1 señaló que su deceso sucedió el 21 de septiembre de 2023, que no estaba identificada como persona con riesgo suicida, pero que después de una llamada con su Defensor Público, este le manifestó que no se podía hacer nada por ella y ya sabía lo que le esperaba, situación que generó que bajara su estado anímico y optara por privarse de la vida, esta Comisión Nacional señala, pese a haber requerido información al OADPRS sobre el deceso de V8, empero no se proporcionaron mayores datos sobre la hora del deceso de V8 y las personas servidoras públicas que se vieron involucradas o que encontraron a V8, después de cometer el acto suicida o quien estaba encargada de la vigilancia de su módulo y las acciones tomadas por personal de Seguridad y Custodia y del Área Médica del CEFERESO No. 16 respecto al acto suicida; al haberse materializado la conducta suicida, implico una actuación deficiente por parte de personal de Seguridad y

Custodia y médico para prevenir y evitar el suicidio de V8.

288. Por último, respecto de V12, en relación a lo señalado por AR17 en el parte informativo del 28 de noviembre de 2023, emitido a AR11, se aprecia que a su llegada al Pabellón III a las aproximadamente 17:35 horas, solicitó la apertura de ese lugar, sin precisar la forma en la que se encontró a V12, refirió que con apoyo de PPL20, PPL21 y PPL22 cargaron de inmediato a V12, entre todas lograron bajarla, colocándola en el suelo, la encargada de zona le tomó los signos vitales y comenzó a dar RCP, de igual forma pidió apoyo al Área Médica, quien continúo dando reanimación; sin embargo, observaron que salía vomito de su boca y nariz y siendo aproximadamente las 18:17 hora PSP31 determinó la hora del deceso, situación que denota un tiempo de actuación por parte de AR17 y PSP31 de 42 minutos, hecho que aunado a que requirió del apoyo de otras mujeres privadas de la libertad para poder bajar a V12, establece que AR17 no actuó con pericia en su labor como personal de Seguridad y Custodia, del mismo modo que existe falta de elementos de seguridad, puesto que no acudió mayor personal de seguridad acudió al lugar para auxiliar a V12.

289. Por lo anterior, partiendo del supuesto de que las autoridades penitenciarias tienen la obligación de garantizar el derecho a la integridad personal y a la vida de las personas que se encuentran bajo su custodia, por el control o dominio que ejercen sobre ellos, se advierte que AR6, AR10, AR11, AR14, AR15, AR16 y AR17 tenían la obligación de garantizar en todo momento la vida e integridad personal de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13, atendiendo a que AR6, AR10, AR11, AR14, AR15, AR16 y AR17 se encontraban a cargo de la custodia y vigilancia de los Módulos A, B, C, D, E, F y G, así como del Pabellón III por lo el cual no garantizar la integridad de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11 y V12, se transgredió lo establecido en los artículos 9o. fracción X, y 20 fracciones V y VII de la LNEP, marco normativo que protege esos derechos.

290. Ahora bien, debe retomarse que derivado del orden cronológico en el que se han presentado los decesos de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13, se puede indicar que AR5, AR6, AR7, AR10, AR11, AR14, AR15, AR16 y AR17, no solo han inobservado la vigilancia de las mujeres privadas de la libertad, sino además de conformidad con el artículo 20 fracción II de la LNEP, al no implementar estrategias de custodia penitenciaria, que se enfoquen en disminuir este tipo de sucesos en el centro penitenciario y máxime que han sido 2 eventos suicidas que hablan de un problema institucional, no falta solo de atención médica integral, sino de gobernabilidad para mantener el control de seguridad y paz al interior del CEFERESO No. 16, ha denostado su tolerancia en este tipo de prácticas transgrediendo lo establecido en los artículos 1o., párrafo tercero y 18 párrafo segundo, de la CPEUM; 15, fracción I, 19 fracción II y 20, fracciones V y VII, de la LNEP.

E. DERECHO HUMANO A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN

291. El artículo 1o. en sus párrafos primero, tercero y quinto de la CPEUM, reconoce los derechos humanos a la igualdad y no discriminación por lo que al respecto señala: *"[…] todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.*

292. *[…] Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y*

reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

293. *[…] Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas".*

294. Conforme a la disposición transcrita, se desprende que toda persona debe gozar de los derechos fundamentales que la CPEUM otorga, los cuales no pueden restringirse, ni suspenderse, sino en los casos y bajo las condiciones que el mismo ordenamiento constitucional establece; a su vez prohíbe cualquier tipo de discriminación, entre otros, por condiciones de salud, y que atenten contra la dignidad humana.

295. La CrIDH en el caso *Atala Riffo y Niñas vs. Chile*, en relación con el derecho a la igualdad, ha establecido que *"la noción de igualdad se desprende directamente de la unidad de naturaleza del género humano y es inseparable de la dignidad esencial de la persona, frente a la cual es incompatible toda situación que, por considerar superior a un determinado grupo, conduzca a tratarlo con privilegio; o que, a la inversa, por considerarlo inferior, lo trate con hostilidad o de cualquier forma lo discrimine del goce de derechos que sí se reconocen a quienes no se consideran incursos en tal situación"*.[51]

296. Puntualiza la SCJN que, la idea de igualdad ante la ley es un principio de justicia e implica que, ante las mismas circunstancias, las personas sean tratadas de

[51] CrIDH. Sentencia del Caso Atala Riffo y niñas vs Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de febrero de 2012, párr. 79. Disponible en https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_239_esp.pdf.

la misma manera bajo “reglas fijas”, reconociendo que puede existir una distinción sólo en circunstancias relevantes, de manera justificada y a fin de evitar un trato desigual.[52]

297. La Convención de Belém do Pará, señala en su artículo 4o. incisos c) y f) que toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros el derecho a la libertad y a la seguridad personal y el derecho a igualdad de protección ante la ley y de la ley.

298. El artículo 4o. Constitucional, párrafo primero, establece el principio de igualdad jurídica al señalar que, todas las personas son iguales ante la ley; sin embargo, esto no es suficiente para que en los hechos suceda tal igualdad, por lo que este principio, actualmente no puede ser entendido sin otro denominado “igualdad sustantiva”, consistente en la creación e implementación de políticas públicas y acciones afirmativas que promuevan reducir las brechas de desigualdad histórica entre las personas.[53]

299. De acuerdo con Karlos A. Castilla Juárez: *“[…] La igualdad ante la ley significa que las situaciones iguales deben ser tratadas iguales, y que las situaciones desiguales deben ser tratadas desigualmente siempre de manera justificada, objetiva, razonable y proporcionalmente, siendo inconstitucional tratar igualmente a hipótesis jurídicas diferentes, asimismo, es inconstitucional tratar de manera diferente a quienes se encuentran en una misma hipótesis jurídica, desde la creación*

[52] Contradicción de tesis 154/2009, considerando 3°. Semanario Judicial de la Federación, octubre de 2009, registro 21829.
[53] En su portal electrónico, la SRE señala que “la igualdad sustantiva alude al ejercicio pleno de los derechos universales y a la capacidad de hacerlos efectivos en la vida cotidiana”. Disponible en https://www.gob.mx/sre/articulos/igualdad-de-derecho-e-igualdad-sustantiva.

de la ley y en su aplicación. […]"[54]

300. Ello, en congruencia con lo estipulado en el artículo 24 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos que prohíbe la discriminación de derecho o, de hecho, no sólo en cuanto a los derechos consagrados en dicho tratado, sino en lo que respecta a todas las leyes que apruebe el Estado y a su aplicación. Así lo ha explicitado la CrIDH en el Caso *Yatama vs. Nicaragua*, al referir que, *los Estados tienen la obligación de no introducir en su ordenamiento jurídico regulaciones de carácter discriminatorio, combatir las prácticas de ese carácter y establecer normas y otras medidas que reconozcan y aseguren la efectiva igualdad ante la ley de todas las personas.*[55]

301. Acorde al marco constitucional y convencional, el Estado mexicano prevé en la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, en su artículo 1o., fracción III que *"[…] se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, […] o cualquier otro motivo".*

302. Asimismo, en su artículo 2o., establece que, "*corresponde al Estado promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas sean reales y efectivas. Los poderes públicos federales deberán eliminar aquellos obstáculos que*

[54] Castilla Juárez, Karlos. "Los derechos humanos de las personas migrantes extranjeras en México". CNDH. México, 2015, pág. 62.
[55] CrIDH. Sentencia del Caso Yatama vs. Nicaragua. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de Junio de 2005, párr. 185. Disponible en https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_127_esp.pdf

limiten en los hechos su ejercicio e impidan el pleno desarrollo de las personas; así como su efectiva participación en la vida política, económica, cultural y social del país y promoverán la participación de las autoridades de los demás órdenes de Gobierno y de los particulares en la eliminación de dichos obstáculos".

303. La Convención Interamericana contra toda forma de Discriminación e Intolerancia, en sus artículos 1o. y 2o. establecen que la discriminación puede estar basada entre otros, por motivos de sexo, precisando que la discriminación indirecta, es la que se produce, en la esfera pública o privada, cuando una disposición, un criterio o una práctica, aparentemente neutro es susceptible de implicar una desventaja particular para las personas que pertenecen a un grupo específico, o los pone en desventaja, a menos que dicha disposición, criterio o práctica tenga un objetivo o justificación razonable y legítimo a la luz del derecho internacional de los derechos humanos.

304. Cabe señalar que, además, las víctimas advertían condiciones de discapacidad psicosocial, que no fueron debidamente abordadas para su tratamiento, a la luz de lo expuesto en el Protocolo en la materia, ni en lo expuesto en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, al no adoptar todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables, a fin de no vulnerar su derecho a la no discriminación[56].

305. De igual manera, la SCJN se ha pronunciado al respecto en la Tesis 1a./J. 81/2004 ***"IGUALDAD. LÍMITES A ESTE PRINCIPIO"*** [57] al establecer que *"[…] el valor superior que persigue este principio consiste en evitar que existan normas que, llamadas a proyectarse sobre situaciones de igualdad de hecho, produzcan como efecto de su aplicación la ruptura de esa igualdad al generar un trato discriminatorio*

[56] Artículo 5.3 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
[57]"IGUALDAD. LÍMITES A ESTE PRINCIPIO" Tesis: 1a./J. 81/2004. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XX, octubre de 2004, página 99.

entre situaciones análogas, o bien, propicien efectos semejantes sobre personas que se encuentran en situaciones dispares, lo que se traduce en desigualdad jurídica".

306. Es importante señalar que la problemática que enfrentan las mujeres en México incluye especialmente una inadmisible situación de inequidad y discriminación en todas las etapas de vida, desde la primera infancia hasta la vida adulta, así como en diversos ámbitos de la sociedad. Persiste el abuso, la segregación, la desigualdad, la violencia y, en el caso más terrible en nuestro país, los feminicidios[58].

307. No debe pasar inadvertido que la desatención a las mujeres y de sus necesidades específicas ha sido una problemática discriminatoria estructural de tiempo atrás que tiene su origen en la exclusión e invisibilización de género, como lo ha referido la CIDH en el citado Informe de Mujeres Privadas de la Libertad en las Américas, dicha circunstancia ha sido consecuencia de que sean víctimas de impactos diferenciados o perjudiciales, uno de los sectores que se advierten mayormente vulnerados por su condición específica son las mujeres privadas de la libertad, a quienes además, asociado a otras intersecciones, de acuerdo con las evidencias y análisis que se realiza en el presente informe, también se invisibilizó su condición de discapacidad psicosocial, como se expone en lo subsecuente atendiendo al contexto en el que actualmente se encuentran en el CEFERESO No.16.

[58] *Otros Diálogos de El Colegio de México*, 2023, núm. 23, es una publicación trimestral electrónica, abril-junio, 2023, editada por El Colegio de México, A.C. Carretera Picacho Ajusco 20, Ampliación Fuentes del Pedregal, Tlalpan, C.P. 14110, Ciudad de México, México. Disponible en https://otrosdialogos.colmex.mx/ser-mujer-en-mexico-un-estado-permanente-de-discriminacion

E.1 ANÁLISIS DE CONTEXTO RESPECTO DE LAS MUJERES PRIVADAS DE LA LIBERTAD BAJO UN ENFOQUE ANTROPOLÓGICO SOCIAL

308. Si partimos del punto de que la discriminación implica alguna exclusión o restricción que por acción u omisión, no sea objetiva racional ni proporcional con el objeto de obstaculizar, restringir o impedir el goce de derechos, entre otros, por razones de género, entonces el hecho de que el Estado, en este caso la autoridad penitenciaria, omita visibilizar y atender las necesidades particulares de las mujeres privadas de la libertad en su enfoque interseccional y con perspectiva de género, y por ende ejecutar acciones que les permitan acceder a dichas prerrogativas en términos de igualdad, como lo establece el artículo 1o. constitucional, significa una exclusión en el alcance de los derechos humanos positivizados que se encuentran plasmados en la ley fundamental, y de aquéllos que están previstos en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano es parte.

309. Ahora bien, resulta indispensable, que la autoridad penitenciaria, visibilice en la interseccionalidad, las condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentran las personas privadas de la libertad, entendiendo que *per se* la privación de la libertad significa para quien la vive, una serie de cambios trascendentales, en razón de que la libertad, es una prerrogativa siempre añorada por el ser humano, por lo que restringirla, no significa únicamente de manera aislada la pérdida de la restricción de tránsito sino también de un proyecto de vida construido o anhelado, por lo que el impacto no solo resulta en el ámbito físico, sino también en la esfera psicoemocional, por lo que de tener en cuenta dicho panorama, se efectuarían acciones afirmativas que abonaran sustancialmente en la vida en reclusión, máxime cuando se trata de mujeres, cuyos contextos sociales, familiares, económicos y/o culturales son diversos a los de los hombres, y que por tanto ameritan un enfoque diferencial y especializado, atendiendo al respeto de las diferencias, a fin de que se logre una igualdad sustantiva, misma que se define como el acceso al mismo trato y

oportunidades para el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el artículo 5o. fracción V de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

310. En el caso que nos ocupa, resulta de gravedad los acontecimientos de suicidio que se han suscitado en el CEFERESO No. 16, ocurridos, en el caso de V1, el 20 de julio de 2021, de V2, 20 de julio de 2022, de V3, el 19 de marzo de 2023, de V4, 25 de julio de 2023, de V5 y V6, el 2 y 14 de agosto de 2023, respectivamente, de V7 y V8, 3 y 14 de septiembre de 2023, y V9, V10, V11, V12 y V13, del 24 de octubre, 4, 8 y 28 de noviembre y 6 de diciembre de 2023, mismos que sucedieron conforme se expuso con anterioridad; sin embargo, más allá de entenderse como eventos aislados que no guardan relación, deben asociarse y estudiarse bajo un análisis de contexto, razón por la que personal de esta Comisión Nacional especialista en Antropóloga Social emitió una opinión en esa materia de la que se advierte el siguiente análisis.

311. En primera instancia debe quedar clara la relación existente entre las condiciones de vulnerabilidad y su correlación con la privación de la libertad, en virtud de que las determinaciones sociales y culturales de los sujetos sociales, resultan cruciales condicionantes contextuales en quienes participan o se les imputan hechos delictivos, dichas determinantes socio-culturales son elementos de vulnerabilidad y vulnerantes, al respecto este Organismo Nacional señala que el término vulnerabilidad hace referencia a la condición de indefensión en la que se pueda encontrar una persona, un grupo o una comunidad.

312. Sobre el particular, la vulnerabilidad implica un estado o condición en el que se encuentran personas que por razón de su edad, género, estado físico o mental o por circunstancias sociales, económicas, étnicas y/o culturales encuentran especiales dificultades para ejercitar con plenitud ante el sistema de justicia los

derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico, por lo que como causas de la vulnerabilidad, está contemplada, la privación de la libertad. En tanto, las vulnerabilidades sociales, es decir las que se comparten con un grupo de personas, y que como resultado de múltiples discriminaciones y exclusiones derivan en vulnerabilidades de orden estructural, son condicionantes influyentes a una mayor tendencia de riesgo de participación o involucramiento en conductas delictivas, de ahí la importancia de considerar las condiciones individuales y contextuales para comprender la vivencia de las mujeres privadas de la libertad, entendiendo que la vulnerabilidad social es entendida como la acumulación de desventajas de orden estructural que limitan el acceso pleno al disfrute de los derechos humanos y las oportunidades, como en el presente caso aconteció en agravio de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13.

313. Las condicionantes de desigualdad se traducen como vulnerabilidades sociales y remiten a la desigualdad estructural que redunda en pobreza multidimensional, conformando grupos con mayores desventajas tanto sociales como individuales para gestionar hechos y situaciones adversas, ya sea por razones de identidad de género, edad, pertenencia étnica, condición de tránsito, entre otras y entre las que, las mujeres privadas de la libertad, concentran variadas y múltiples vulnerabilidades.

314. Al respecto resulta indispensable destacar el trato desigual por razones de género, para lo cual es necesario señalar que la perspectiva de género se refiere a la mirada analítica que indaga y explica cómo las sociedades construyen sus reglas, valores, prácticas, procesos y subjetividad, dándole un nuevo sentido a lo que son las mujeres y los hombres, y a las relaciones que se producen entre ambos, dado ese sentido, la perspectiva de género no alude exclusivamente a “asuntos de mujeres”, sino a los procesos sociales y culturales que convierten la diferencia sexual

en la base de la desigualdad de género[59].

315. En la citada Opinión Antropológica también hace mención que Marcela Largade propone que la condición de género es en sí una prisión en los diversos ciclos de vida de las mujeres, y respecto de las mujeres privadas de la libertad, refiere que la delincuencia no tiene génesis ni causalidad sexual, no deriva de la biología sino de la sociedad y la cultura, por lo que afirma que la diferenciación entre los géneros también encuentra en el ejercicio de la privación de las libertades, manifestaciones e impactos diferenciados, de manera que para el caso de las mujeres es posible observar cómo su participación parcial o total en hechos delictivos, en muchas ocasiones está directamente relacionada con los roles tradicionales y la propia constitución de la identidad de género asignada a las mujeres: la obediencia, el desempeño histórico como nutricias y cuidadoras en la humanidad, sin hacer de lado las excepciones a la media poblacional que siempre están presentes en las actuaciones humanas, por tanto sociales.

316. Por otra parte, la Antropóloga Social en la opinión emitida hace referencia a que Hoffman Bustamante precisa que la baja participación de mujeres en hechos delictivos se debe a cinco factores que modulan la relación entre la criminalidad y el sexo del delincuente: a) Diferentes expectativas en los roles atribuidos, b) Diferentes patrones de socialización y diferente aplicación del control social, c) Diferencias determinadas estructuralmente en la posibilidad de cometer ciertos delitos, d) Las mismas subculturas delictivas presionan y delimitan diferencialmente a sus miembros y e) Las diferencias sexuales se establecen también dentro de las propias categorías criminales; por así decirlo, hay delitos más propios de hombres que de mujeres con base en la mayor fuerza y la mayor actividad que imprime la sociedad a los hombres frente a las mujeres. Así también se hace referencia a que de acuerdo a Lagarde y Domínguez Hernández, en mujeres privadas de la libertad se observa

[59] INMUJERES. Disponible en *http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100973.pdf*

recurrentemente el abandono de sus familiares, siendo este justamente, uno de los impactos diferenciados por razones de género de la privación de la libertad, además la privación de la libertad corporal impone una secuela de privaciones, como lo son, la ruptura física y la dificultad en las relaciones familiares, la conyugalidad y la maternidad, vitales para las mujeres.

317. Por otra parte, en dicha opinión, se advierte que el espacio privativo de la libertad, puede ser visto como un universo que pareciera paralelo y es sin duda, una comunidad cerrada, en clave antropológica una comunidad forzadamente endogámica[60], ahí se crea, se recrea, se destruye, se transforma y se renuevan alianzas, ciclos, rutinas cotidianas que resultan incluso insoportables, por lo que es obligación del Estado las condiciones en las que las personas cumplen su sentencia, pues debe asumir la responsabilidad de bienestar y de su vida.

318. La responsabilidad del Estado resulta vital para garantizar un clima emocional en los centros penitenciarios, entendiéndose este como un estado de ánimo colectivo que se caracteriza por una tonalidad afectiva, por el predominio de ciertas emociones, una representación social sobre el mundo social y el futuro, en virtud de que de lo contrario, durante la vida en reclusión se crea una atmósfera de desesperanza, ansiedad y miedo de latencia permanente, colocando a las personas privadas de la libertad en alto riesgo y representa el incumplimiento del mandato del Estado de la tutela de la vida en la privación de la libertad.

319. De forma que, personal de este Organismo Nacional de profesión Antropóloga Social, apunta a que las mujeres privadas de la libertad, son triplemente presas: por los cautiverios que a cuestas llevan con ellas y su identidad de género, por la privación de su libertad y por las relaciones de poder al interior de dicha comunidad

[60] Endogamia. Actitud social de rechazo a la incorporación de miembros ajenos al propio grupo o institución.

cerrada y forzosamente endogámica, que las convierte en victimarias y víctimas. En la prisión, las mujeres reproducen los roles de género que en libertad desempeñaban y que muy probablemente influyeron en un involucramiento en hechos delictivos, así la prisión se convierte en la casa donde transcurre la vida doméstica y cotidiana, la rutina del día a día; son madres, hijas, cuidadoras y hasta proveedoras de otras mujeres también privadas de la libertad y, ahí sus capacidades genéricas por embellecer, armonizar, cuidar, acompañar y hasta resolver, se convierten en necesarios mecanismos de sobrevivencia, con ello se advierte que los factores decisivos en la participación de las mujeres en hechos delictivos responden a determinantes socioeconómicos, políticos y hasta culturales, que pueden concebirse como vulnerabilidades sociales y/o colectivas, por tanto pertenecen a una condición estructural, como lo es la pertenencia a una clase socioeconómica, la escolaridad, la falta al acceso a las oportunidades por el trato desigual persistente, como consecuencia de la discriminación y exclusión; a su vez están las condiciones individuales, asociadas a rasgos identitarios como la identidad de género, la edad, una condición de discapacidad, entornos familiares violentos y/o delictivos, lo que en su conjunto eleva el riesgo de la privación de la libertad.

320. Sobre el particular, la CIDH, en el *Informe sobre mujeres privadas de su libertad en las Américas* de 2023, ha referido que *la mayoría de las mujeres encarceladas en la región se involucra con la comisión de delitos como consecuencia de diversos factores que se vinculan principalmente con reducidas oportunidades económicas y educativas que derivan en situaciones de pobreza, responsabilidades financieras respecto de las personas bajo su cuidado, contextos de violencia, y consumo de drogas. […].*

321. Por otra parte, como principales razones de la incidencia y del aumento de las mujeres privadas de la libertad, la CIDH ha identificado que, además de las vulnerabilidades asociadas a la desigualdad por razones de clase socioeconómica y

de género, así como el endurecimiento de las políticas criminales, advierte la ausencia de la transversalidad de la perspectiva de género en las políticas de reclusión, de tratamiento interno, de reinserción e incluso en el propio proceso penal, por lo que existen factores que influyen y derivan en el encarcelamiento de mujeres como reducidas oportunidades económicas y educativas, y situaciones de pobreza; responsabilidades de cuidado y limitaciones financieras; violencia, coacción, amenazas o influencia; consumo de drogas y "otras situaciones de preocupación".

322. Ahora bien, como parte de los principales impactos del estado de reclusión en las mujeres, a través del citado Informe sobre mujeres privadas de su libertad en las Américas, también da cuenta de los impactos diferenciados en la privación de la libertad de las mujeres, que de manera directa afecta a las unidades domésticas y familiares a las que pertenecen, mientras que socialmente el encarcelamiento de las mujeres impacta en la organización social, doméstica y de cuidados de grupos con mayores carencias sociales, y señala que "el encarcelamiento femenino ocasiona impactos diferenciados y consecuencias desproporcionadas tanto para las mujeres como para las personas que se encuentran bajo su cuidado "; en particular respecto de su condición de madres y principales cuidadoras.

323. Es así, que en los hechos que han venido aconteciendo en el CEFERESO No.16, en los que mujeres privadas de la libertad se han privado de la vida, se advierten rasgos identitarios[61] que han detonado en las decisiones de materializar la conducta suicida, por lo que como lo ha señalado la CIDH en el multicitado informe, la falta de políticas públicas con perspectiva de género que incluyan propuestas para el mantenimiento de vínculos familiares, desencadena: *i) separación de sus hijas e hijos y pérdida de vínculos familiares; ii) obstáculos para mantener contacto adecuado con las personas bajo su cuidado producto de la lejanía de las cárceles*

[61] Conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás. Conciencia que una persona tiene de ser ella misma y distinta a las demás.

femeninas, las dificultades para realizar visitas, la ausencia de espacios adecuados, y la falta de recursos para asegurar el traslado de niñas y niños a los centros; iii) pérdida de responsabilidad parental en determinados supuestos; y iv) efectos perjudiciales sobre la vida de las niñas y niños cuyas madres se encuentran en detención, que provocan afectaciones en su bienestar y desarrollo integral, entre otros, perjudican de manera grave a su vida en reclusión.

E.2 DESIGUALDAD Y DISCRIMINACIÓN EN LA VISIBILIZACIÓN Y ATENCIÓN DE LAS NECESIDADES PARTICULARES DE LAS MUJERES PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN EL CEFERESO No. 16

324. De acuerdo con el Informe Especial 1/2023 del Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura de este Organismo Nacional, el 86 % de las mujeres privadas de la libertad en el CEFERESO No.16, son madres de niños pequeños y se confirmó que presentan diversas condiciones de vulnerabilidad, influyendo muy probablemente de manera crucial en la proclividad[62] y razones de encarcelamiento. Ahora bien de acuerdo a dicho Informe se identifican principalmente las situaciones de vulnerabilidad concernientes al grupo con diagnósticos médico-psiquiátricos, seguido por un grupo de personas consumidoras de sustancias psicoactivas, luego personas que pertenecen a la comunidad LGBTTTIQ+ y personas con discapacidad física, situaciones que sin duda debe tomar en cuenta la autoridad penitenciaria, a fin de llevar a cabo acciones afirmativas, mismas que son definidas en el artículo 5o., fracción I de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, como el conjunto de medidas de carácter temporal correctivo, compensatorio y/o de promoción, encaminadas a acelerar la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres.

325. Además, es importante precisar que las mujeres que se encuentran privadas de la libertad en el CEFERESO No. 16 provienen de distintas regiones de México, lo

[62]Tendencia o inclinación que tiene una persona hacia algo, en especial negativo.

que implica consecuentemente la lejanía con sus vínculos vitales, específicamente con sus hijos e hijas, pero también con su familia extensa, lo que trae como consecuente el abandono, que les afecta de manera crucial, principalmente en atención a los vínculos emocionales fuertes que se crean durante la vida en libertad, particularmente con los hijos e hijas, por lo que la obstaculización para continuar fortaleciendo esos lazos, resulta un factor determinante para el desequilibrio psicoemocional, además, de acuerdo a las entrevistas realizadas por el área de Antropología Social, adscrita a la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas, se constató que la cercanía física no garantiza la frecuencia de la visita por razones que van desde que la familia se encuentra al cuidado de las hijas e hijos de quienes se encuentran en reclusión, la falta de recursos económicos hasta la falta de tiempo para el traslado.

326. De acuerdo a la Opinión en Antropología Social emitida por personal de este Organismo Nacional también se advirtieron factores determinantes en las condiciones de riesgo de la población del CEFERESO No.16, uno de ellos que inclusive también fue señalado en el citado Informe Especial 1/2023, son los traslados, al precisar que solo un bajo porcentaje estuvo fundado y motivado, en razón de que en sólo 11 de los 54 casos revisados, la autoridad motivó la razón por la que se actualizó la excepción contemplada en el artículo 52 de la LNEP, en tanto, la insuficiencia de motivos que demuestren la necesidad del traslado, tiene efectos vitales para las mujeres privadas de la libertad, por un lado existe riesgo en tener alguna alteración psicofísica, además de someterlas a actos de maltrato, al pasar por alto su contexto y necesidades individuales, ingresándolas a centros penitenciarios que agudicen su problemática.

327. El traslado sin duda se distingue en dicho documento como un factor detonante que agravó padecimientos que afectan la salud mental, además identifica dos prácticas de alto riesgo suicida, como la autolesión y el ahorcamiento

(suspensión), las cuales se encuentran asociadas como una demanda de atención ante la omisión de atención y solicitudes que las mujeres privadas de la libertad del CEFERESO No.16, denuncian de manera coincidente y sistemática.

328. Además, de acuerdo a las entrevistas realizadas el 27 y 28 de septiembre de 2023 por el área de Antropología Social, adscrita a la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas, se pudieron constatar diversos factores persistentes y determinantes en el clima emocional y la salud mental en la población penitenciaria femenil, tales como la falta de atención a la salud física y mental, la falta de atención de riesgo suicida, el encierro prolongado, la obstaculización en la comunicación con el exterior, así como el tratamiento y atención predominante en cuanto a los duelos y estados de depresión, además como factores detonadores de conductas de riesgo suicida, se encontró la falta de intervención por parte del personal médico, psicológico y psiquiátrico en el tránsito de duelo, la falta de actividades productivas y creativas, y muy baja posibilidad de realizar actividades deportivas de manera continuada, aislamiento y fragmentación de los vínculos que al interior logran establecer las mujeres privadas de la libertad, y que se convierten en estrategias de sobrevivencia, ante el distanciamiento con las redes familiares, que fracturan profundamente su identidad y deterioran sus vínculos vitales, como pueden ser los familiares, los afectivos, los amorosos e incluso los sexuales, se enfrentan a las probables omisiones para gestionar las necesidades de urgencia de las mujeres privadas de la libertad, lo que ha causado como efecto dominó que se genere un clima emocional de desesperanza, de invalidez y de insignificancia como personas.

329. Con base al análisis de contexto, definido como un marco construido por diversos hechos, conductas o discursos que se presentan en el escenario dentro del que se ubica un evento focal, o evento objeto de análisis (como una violación a derechos humanos), mismo que se suele utilizar cuando se está frente a casos que suponen una situación que implica cuestiones colectivas, masivas o sistemáticas

dentro del que se enmarca un caso en concreto[63], es así que el evento focal se refiere a los reiterados suicidios de las personas privadas de la libertad (V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13) ocurridos entre el año 2021 y 2023, en lo que respecta a V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13 de 30, 29, 25, 32, 38, 31, 41, 44, 43, 42, 36 y 28 años de edad respectivamente, lo que significa que un alto porcentaje de este grupo de mujeres que ejecutó el acto suicida, eran predominantemente mujeres jóvenes, por lo que los casos expuestos, presentan un peculiar contexto de la privación de la libertad, pues como también se cita en la Opinión Antropológica, *Las personas privadas de la libertad continuamente se encuentran expuestas a factores ambientales que deterioran su salud física y mental, ocasionando en los individuos diversas condiciones médicas como pudieran ser enfermedades infecciosas, incluso trastornos mentales, que pueden complicar aún más el encierro en prisión, llegando a ocasionar actos como el suicidio […] se ha observado que el suicidio en dichos centros ha tenido prevalencias más altas de ocurrencia que en la población general […]*[64].

330. En tanto, de acuerdo con dicha Opinión de Antropología Social, se corrobora que la intervención y tratamiento de las diversas necesidades de las personas privadas de la libertad y más tratándose de mujeres es central para el adecuado proceso de reinserción social efectiva.

331. Por lo tanto, en dicha opinión especializada, se advierte que la sucesión de eventos suicidas en el CEFERESO No. 16 señala el incumplimiento de ese objetivo moral, social e institucional, lo que da cuenta del clima emocional que se ha conformado al interior de ese centro de reclusión, pero fundamentalmente de un contexto de probable impunidad previa y reconoce que uno de los efectos, son los

[63] CrIDH, Caso Garam Panday Vs. Surinam, 1994, Disponible en *https://www.corteidh.or.cr/tablas/fichas/gangarampanday.pdf.*
[64] Dooley:1990; Backet: 1987; Berheim: 1987; Hatty y Walker: 1986; Winfre: 1985; Hayes 1983 en Liebling: 1992.

eventos suicidas ocurridos de manera sistemática, los que indiscutiblemente están relacionados y no son hechos aislados, por lo que los principales hechos coyunturales que han conformado dichos escenarios son las omisiones en la solicitud de atención y de los servicios, el distanciamiento con las redes familiares y aislamiento y las redes sociales en riesgo en el contexto privativo de la libertad.

- ***Caso de V1***

332. Sobre el caso de V1, tenemos que en entrevista que personal de este Organismo Nacional efectuó con PPL6 refirió que la última vez que vio a V1 fue en abril o mayo de 2021 cuando coincidieron en el Área de Hospital, observándola decaída en virtud de que la habían separado de PPL3, que V1 tenía 4 hijos, además de que no tenía una fuente de trabajo en el CEFERESO No.16, por lo que no podía aportar económicamente para la manutención de su familia, precisó que en varias ocasiones, V1 se había autoagredido, cortándose o golpeándose con la pared; por su parte PPL7 indicó que un mes previo al deceso de V1, mantenía una relación afectiva con ella, corroboró que tenía muchos problemas con sus descendientes, por lo que presentaba estados de alteración, desesperación y estrés, y pese a que solicitaba atención psicológica, esta no le era proporcionada.

333. De igual manera, durante la entrevista con PPL8 manifestó que conocía a V1 desde hace aproximadamente 5 años, que estuvieron juntas en el Centro Preventivo y de Readaptación Social “Sergio Garcia Ramírez”, Estado de México, por lo que era procedente de esa entidad federativa y que previo a su traslado no había intentado privarse de la vida, en virtud de que pensaba en sus hijos; sin embargo, refirió que V1 era muy influenciable y que ella cree que se trataba de un acto para llamar la atención, pero que ello derivó en terminar perdiendo la vida, así también PPL3, acotó que V1 era una mujer depresiva y que había sufrido violencia en sus anteriores relaciones, y que sus antiguas parejas habían fallecido, que unas semanas antes de

su fallecimiento, su hijo menor, de 11 años de edad, intentó privarse de la vida; sin embargo, la autoridad penitenciaria del CEFERESO No.16 no le dio asistencia pese a que previo al suceso en el que falleció había intentado autolesionarse, además de que dejó de comer y tenía problemas con varias mujeres privadas de la libertad, inclusive, de acuerdo a la nota médica del 4 de septiembre de 2020, comenzó a presentar alucinaciones visuales y auditivas, situación que la llevó a autoagredirse, derivado del fallecimiento de una compañera de módulo y un familiar.

334. Por otra parte, PPL2 refirió que V1 no había señalado con anterioridad pretender quitarse la vida, que ella y PPL3 tenían problemas con otras mujeres privadas de la libertad, quienes de manera constante la molestaban, y que previo a su deceso, V1 le pidió que cuidara a PPL3, en la entrevista sostenida con PPL3 refirió que era cercana a V1 y que después de aproximadamente 10 meses comenzaron a tener problemas entre ellas y con la autoridad penitenciaria, que un día previo a su fallecimiento sostuvo con V1 una discusión y que inclusive dejó de comer, señales que personal del CEFERESO No.16 nunca tomaron en cuenta. Así también en entrevista con PPL9, acotó que lo que V1 requería era estar con PPL3, y que otras compañeras la aconsejaron y le enseñaron como colgarse para llamar la atención y cumplir su cometido.

335. Cabe precisar que al menos desde septiembre de 2020, V1 presentó trastornos de estrés y ansiedad, derivado del fallecimiento de una compañera de módulo y de una familiar, el 5 de octubre de ese mismo año, intentó privarse de la vida y el 12 de junio de 2021 se autoagredió, así también previo a su fallecimiento, esto es el 15 de junio de 2021, en una atención médica proporcionada a V1 solicitó a personal renovar su medicamento para el insomnio e inclusive se le diagnosticó con trastorno ansioso depresivo, por lo que al menos 9 meses V1 estuvo presentando altibajos emocionales, derivado del contexto que estaba viviendo en el CEFERESO No. 16, partiendo de su traslado, desadaptación, alejamiento de su familia,

principalmente de sus hijos y/o hijas, redes sociales fracturadas al interior del centro penitenciario, situaciones de conflicto de convivencia, desesperanza, frustración por no ser proveedora al no poder realizar actividades remuneradas en ese lugar de reclusión, dependencia emocional, depresión y tristeza, contextos que en ningún momento fueron valorados en su conjunto para atender a sus necesidades particulares, y brindarle una atención multidisciplinaria que abonara a su estado psicoemocional y se disminuyera el riesgo de que materializara el suicidio.

- ***Caso de V2***

336. En entrevista con PPL1 refirió que V2, el día de su fallecimiento, esto es el 20 de julio de 2022, se encontraba inquieta, en virtud de que no le estaban proporcionando el medicamento prescrito por el psiquiatra, cabe precisar que de acuerdo a la nota médica del 28 de enero de 2022, se le diagnosticó con trastorno por abuso y dependencia de sustancias e intoxicación por fármaco y de conformidad a las notas médicas del 15 de febrero y 10 de junio de 2022, V2 presentaba trastorno psicótico esquizofreniforme orgánico, quién la primera fecha de las mencionadas, se autoagredió por estrés, ansiedad, desesperación y por no ser reubicada a donde había solicitado, sin omitir mencionar que el 13 de julio de 2022 fue valorada por la especialidad de Psiquiatría, en donde V2 señaló antecedente de consumo de drogas, por lo que en el presente caso, nos encontramos ante un panorama en el que la autoridad penitenciaria pasó por alto su dependencia con sustancias psicoactivas que forma parte de sus antecedentes de vida, así como los estados psicoemocionales que presentaba, a fin de dar una atención especializada acorde al contexto bajo el cual se estaba desenvolviendo en el CEFERESO No. 16, factores que sin duda implicaban brindarle apoyo de contención y de tratamiento médico idóneo para su mejora.

- ***Caso de V3***

337. En atención a la entrevista que personal de este Organismo Nacional sostuvo con PPL14, señaló que era pareja sentimental de V3, y que el día de su deceso, entablaron una plática respecto de separarse, lo que consideró una discusión normal, que V3 no presentaba ideas suicidas. Por otra parte, de acuerdo al testimonio de PPL15, indicó que tenía conocimiento de que una semana previa al deceso de V3, otras mujeres privadas de la libertad intentaron suicidarse y aunque no lo lograron, ello impactó en el estado anímico de las compañeras del módulo, por lo que se sentían temerosas, tristes y molestas, debido a los hechos que estaban aconteciendo, además de conformidad con la nota médica del 3 de enero de 2023, V3 refirió dificultad para dormir, ansiedad y temblor en las manos desde su ingreso al CEFERESO No. 16, siendo diagnosticada con síntomas ansiosos, trastorno de consumo y dependencia de drogas, por lo que en este caso, la autoridad penitenciaria no solo invisibilizó el estado psicoemocional que presentaba V3, sumado a los conflictos interpersonales y su antecedente de consumo de sustancias psicoactivas, sino de igual manera, se minimizó el impacto que los eventos recientes de la pérdida de la vida de las mujeres privadas de la libertad podían causar en ellas, situaciones que deben ser atendidas, para evitar que aquéllas vivan y se desenvuelvan en un ambiente de temor constante o que ante la desesperanza por estar privada de la libertad, lo contemplen como una opción de salida al tener una vida en reclusión sin poder satisfacer sus expectativas de vida personales, al no considerar posible iniciar una vida diferente reinsertándose satisfactoriamente a la sociedad.

- ***Caso de V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13.***

338. De conformidad con el testimonio de PPL14, V4 llevaba 2 días muy inquieta y triste, toda vez que a través de una llamada telefónica, había tenido problemas con

sus familiares y su estado anímico decayó.

339. En lo que respecta a V5, personal de este Organismo Nacional, sostuvo comunicación con VI10, quién le refirió que V5, era víctima de agresiones físicas por parte de personal de Seguridad y Custodia, por lo que se infiere que V5 mantenía un constante temor de estar en el CEFERESO No. 16, emoción que no debían de presentar las mujeres privadas de la libertad, por el contrario, el Estado debe brindarles certeza de que en su deber de garante, su integridad física es cuidada y protegida, en el entendido de que el Sistema Penitenciario debe regirse bajo el estricto respeto a los derechos humanos, cuyo eje central es la dignidad humana.

340. Por lo que hace a V6, en comunicación sostenida con personas servidoras públicas de esta Comisión Nacional con PSP26, hizo del conocimiento que el deceso ocurrió después de la separación con su pareja sentimental. En lo que respecta a V7, se recabó el testimonio de PPL18, quien refirió ser pareja sentimental de V7, y que el día de su deceso, ella se encontraba en el área de industrias y acudieron a avisarle, por su parte durante la entrevista sostenida con PPL18 señaló que el fallecimiento de V7 fue impactante, que era tranquila y no se metía en problemas, aunque acotó que llevaba una relación complicada con su pareja sentimental, al respecto, la autoridad penitenciaria de ese lugar de reclusión ha omitido detectar uno de los factores de riesgo mayormente coincidente ante los diversos suicidios acontecidos en el CEFERESO No. 16, al restarle importancia a los conflictos interpersonales que se están suscitando al interior de ese establecimiento penitenciario, no desde un punto de vista intrusivo respecto de la libertad de autonomía o del libre desarrollo de la personalidad, por el hecho de que el ser humano, tiene derecho a elegir aquéllas personas con quienes se relaciona y establece vínculos, sino que no se han analizado, las condiciones de vulnerabilidad social en las que se encuentran las mujeres privadas de la libertad, causando impactos diferenciados por razones de género, desatendiendo el clima emocional que se está imperando en el interior y que

ha sido causante de las decisiones fatales que mujeres privadas de la libertad han tomado ante los escenarios que viven en ese establecimiento penitenciario.

341. En cuanto hace a V8, y durante la entrevista con AR16, señaló que tenía un poco más de un mes de haber ingresado al CEFERESO No. 16 cuando se suspendió, que era tranquila; no obstante, V8 le manifestó a sus compañeras posterior a la visita de su Defensor Público que *" no podía hacer nada por ella y ya sabía lo que le esperaba"*, otro de los factores que ha sido invisibilizado por la autoridad penitenciaria de ese Centro Federal es la desesperanza que se crea en mujeres privadas de la libertad con situaciones jurídicas complejas, al notificarles sentencias largas o inclusive en procesos que se alargan en el transcurso del tiempo, ambas situaciones, les generan duda e inquietud sobre sus razones de vida y más aún cuando su red de apoyo familiar, está quebrantado dado el alejamiento físico, por lo que la desesperanza ante dichas situaciones se agrava si no existe apoyo multidisciplinario para canalizar las emociones que viven estando de reclusión.

342. Cabe precisar que por lo que hace a los casos de V9, V10, V11, V12 y V13, quienes fallecieron el 24 de octubre, 4, 9 y 28 de noviembre y 6 de diciembre de 2023, se solicitó información a la UADLH, mediante oficios V3/78990, V3/78994, V3/78992, V3/082409 y V3/086409, del 16 y 29 de noviembre y 12 de diciembre de 2023; no obstante, a la fecha de la emisión de la presente Recomendación no se remitió respuesta, por lo que en términos del artículo 38 párrafo segundo de la LCNDH, se tienen por ciertos los hechos respecto de la omisión de las autoridades penitenciarias en visibilizar las necesidades particulares de las mujeres privadas de la libertad y atender de manera idónea su salud mental desde una visión que contemple las circunstancias que viven en reclusión por las desigualdades estructurales de las que han sido víctimas a lo largo de la historia, sin que se les atienda bajo una perspectiva de género, principalmente en el cuidado que deben recibir en recintos carcelarios, los cuales, en su mayoría, están pensados para

hombres, excluyendo a las mujeres de tener una vida en reclusión digna, a través de un enfoque diferenciado y especializado.

343. Es por ello, que en primera instancia, los casos estudiados presentan como principal coincidencia la omisión en la solicitud de atención requerida por mujeres privadas de la libertad y que los servicios psicológicos y psiquiátricos no fueron proveídos por parte de la autoridad penitenciaria, como se expuso también en el apartado respecto de la violación al derecho a la protección a la salud en atención a la salud mental, en razón de que en su mayoría presentaron estados de depresión y comportamientos suicidas previos a su materialización, en el caso de V1 y V4 hubo testimonios y documentales que evidencian no haber recibido la atención a sus solicitudes de manera oportuna y suficiente. En lo que respecta a V6 en informe emitido por la autoridad penitenciaria se asentó que no hubo registro de la conducta suicida; sin embargo, se indicó que en la Oficina de Psicología del CEFERESO No. 16, no se contaba con asistencia psicológica donde se hayan referido señales de alerta en conducta suicida, lo que presupone una atención deficiente en cuanto a la detección oportuna de los factores de riesgo del comportamiento suicida, por lo que se corrobora la afirmación que este Organismo Nacional hizo en su momento respecto de que como medida de protesta o reclamo ante la omisión de respuesta de solicitud de atención psicológica, recurren al comportamiento suicida, como lo demuestra un testimonio de una persona privada de la libertad *[…] eso hacen con todas nunca hacen caso hasta que ya es demasiado tarde, y les cumplen caprichos a todas las que fingen ahorcarse o se cortan, cuando de verdad están mal hasta se burlan y les dicen las oficiales "pues córtese o cuélguese ya sabe señora que es así como le van a hacer caso".*

344. Otra de las características coincidentes de las mujeres privadas de su libertad que incurrieron en el suicidio fue el distanciamiento con sus redes sociales de origen, en virtud de que este universo de mujeres privadas de la libertad, eran originarias de

los estados de Chihuahua, Coahuila, Michoacán y de lugares que pertenecen al Valle de México, tales como Ciudad de México, Estado de México y Morelos y al menos de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8, la visita familiar que recibían era escasa, por lo que la nula presencia de las redes familiares en las visitas, en definitiva causa un efecto severo en el estado emocional de las personas privadas de la libertad, en razón de que la familia significa la red social de apoyo inicial, tales complicaciones atienden principalmente a la distancia territorial que existe entre ellas, su familia y la falta de recursos económicos para realizar los traslados e inclusive la falta de tiempo para cubrir los roles que las familiares mujeres "deben" cumplir, como es la maternidad, este último contexto, sin duda reafirma que el abandono de las mujeres privadas de la libertad, también parte del hecho de los "roles" que mujeres cuidadoras (familiares mujeres) "cumplen", es así que en su mayoría de las mujeres que materializaron la conducta suicida, es decir (V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8) no tenían contacto con el exterior de forma adecuada, como en el caso particular de V3, quien no contaba con familia y por ende no tenía visita familiar, y en este último supuesto, también se encontraba V6, por lo que estaban en una situación completa de abandono, e inclusive en el caso de V4, la familia se vio en la necesidad de solicitar una prórroga para acudir por ella una vez fallecida, a falta de solvencia económica para cubrir los gastos que de ello derivaran y su traslado, por lo que la autoridad penitenciaria no puede excusarse en que se les permiten llamadas telefónicas y con ello se cumple con el contacto al exterior suficiente que debe existir con sus familiares, toda vez que un mayor beneficio emocional se obtiene al establecer vínculos familiares presenciales, en los que el acercamiento físico resulta indispensable para el cumplimiento de dicho objetivo.

345. Otro aspecto que debe visibilizarse en el caso de los acontecimientos suscitados en el CEFERESO No.16 es el hecho que sus redes sociales se ponen en riesgo en un contexto de privación de la libertad, en virtud de que los espacios privativos de la libertad se conciben desde la antropología social como comunidades

cerradas, en las cuales a falta de la presencia de la familia consanguínea se construyen nuevos vínculos sociales, en los que se recrean las dinámicas familiares y reconstruyen redes de apoyo, de solidaridad, acompañamiento y afecto, que incluso suele sustituirla, como una clave afectiva para combatir el aislamiento social, sobrellevar la convivencia y los estados emocionales, cabe precisar que de acuerdo a las documentales que obran en los sumarios CNDH/3/2021/6411/Q y sus acumulados CNDH/3/2022/9215/Q, CNDH/3/2023/4923/Q, CNDH/3/2023/11858/Q, CNDH/3/2023/11859/Q, CNDH/3/2023/12605/Q, CNDH/3/2023/13694/Q y CNDH/3/2023/15845/Q, se hacen evidentes los conflictos y eventos de rupturas previos a la consumación del suicidio de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8 y sus parejas afectivas, situación que pudo haber influido en tomar la decisión de materializar la conducta suicida, aunado a que también infiere una estigmatización de las relaciones afectivas entre mujeres privadas de la libertad, que provocan sentimientos de exclusión e incomprensión o hasta desvalorización, si no se les trata con estricto respeto a la dignidad humana.

346. Sobre el particular en la Opinión emitida por personal de este Organismo Nacional, las relaciones que se crean al interior de los establecimientos penitenciarios, resultan cruciales vínculos de apoyo y acompañamiento en un contexto de privación de la libertad, aunado a que la separación física de la pareja, por mandato institucional, implica aumentar el aislamiento o incluso transitar a la individualidad absoluta, ocasionándoles sentimientos de desprotección, por lo que la separación de las parejas que se crean al interior del CEFERESO No. 16, como una red de apoyo, se convierten en detonantes del comportamiento suicida tanto para personas que no han perdido la libertad, pero se agrava cuando están en ese contexto, de ahí la urgencia y necesidad de brindarles atención psicológica como una responsabilidad institucional y también representa una estrategia de control de riesgo, por lo que las omisiones y deficiencias en la atención a los servicios de las personas privadas de la libertad, crea un contexto de impunidad sistemática.

347. Es así, que dados los señalamientos en el presente apartado, en la Opinión Antropológica Social emitida por personal de este Organismo Nacional, se concluyó que los suicidios ocurridos en el CEFERESO No. 16, no son hechos aislados y están conformados en un contexto de impunidad prevaleciente; que los principales hechos coyunturales que han conformado este contexto en orden de prevalencia, son las omisiones en la solicitud de atención y de los servicios, distanciamiento con las redes familiares y aislamiento y las redes sociales en riesgo en el contexto privativo de la libertad.

348. Por otra parte, se advirtió que V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8 provienen de Centros Estatales de Readaptación Social, siendo que en su mayoría no contaron con suficiente contacto con el exterior, debido a las condiciones de vulnerabilidad que la familia presenta, como lo es, escasos recursos económicos y de tiempo para traslado, así como sobrecarga de responsabilidades de crianza y domésticas. Así también en dicha opinión, se determinó que las omisiones a las solicitudes de atención realizadas por las personas privadas de la libertad que concluyeron en actos suicidas, así como la insuficiencia, deficiencia y baja calidad de los servicios psicológicos, psiquiátricos y médicos principalmente en el CEFERESO No. 16 constituye una práctica sistemática, continuada y prevaleciente, por lo que conforman hechos de violaciones a derechos humanos, por lo que resulta necesario que se realicen las acciones necesarias para brindar atención especializada de manera expedita, eficaz, eficiente y suficiente para la protección de los derechos de las personas privadas de la libertad.

349. Es por ello que dichas prácticas sistemáticas, devienen de invisibilizar las necesidades particulares de las mujeres privadas de la libertad a través de una visión interseccional, aunado a la incomprensión de las condiciones de vulnerabilidad que *per se* viven las mujeres al ser un grupo históricamente estigmatizado y discriminado,

hecho que se agrava en mayor medida cuando se encuentran en reclusión, lo que contribuye a la existencia de una desigualdad estructural, al ser un grupo social con mayores desventajas, mismas que se potencializan al existir una relación de sujeción especial con el Estado, caracterizada por la particular intensidad con que este puede regular sus derechos y obligaciones por las circunstancias propias del encierro, en donde a la población penitenciaria se le impide satisfacer por cuenta propia una serie de necesidades básicas que son esenciales para el desarrollo de una vida digna con perspectiva de género, de modo que las omisiones continuadas y persistentes por parte de la autoridad penitenciaria al no advertir los comportamientos y sucesos individuales y grupales que denotan una crisis institucional para atender idóneamente al sector femenil en reclusión y llevar a cabo acciones que modifique el fragmentado clima emocional que existe y subiste, representa omisiones cometidas por el Estado, por razones de género que obstaculiza el reconocimiento y el goce de derechos para ellas basadas en una discriminación por restricción.

F. DERECHOS HUMANOS AL ACCESO A LA JUSTICIA Y A LA VERDAD

350. El acceso a la justicia se encuentra establecido en el artículo 17, párrafo segundo, de la CPEUM y constituye la prerrogativa a favor de las personas para acudir y promover ante las instituciones del Estado competentes las acciones que le permitan obtener una decisión en la que se resuelva de manera efectiva sobre sus pretensiones o derechos que estime le fueron violentados.

351. El acceso a la justicia se encuentra reconocido en diversos instrumentos internacionales, entre los que destacan los artículos 8o. y 10 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 8.1 y 25.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; XVIII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 4o. y 6o. de la "Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y abuso del poder" y 3, inciso b), inciso c), 10 y

12, inciso c) de los "Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos", los que señalan que toda persona tiene derecho a un recurso efectivo que los proteja contra aquellos actos que transgredan sus derechos.

352. Además, el derecho de acceso a la justicia no se agota con la simple tramitación de procesos internos, por lo que debe hacerse lo indispensable para conocer la verdad de lo sucedido y se sancione a los probables responsables tanto materiales como intelectuales, respetando los derechos de las víctimas y ofendidos del delito, ejecutando diligencias procedentes de conformidad con los estándares del debido proceso, en virtud de que el agente investigador tiene la obligación de actuar con oportunidad y la debida diligencia como un presupuesto básico de este derecho.

353. En ese sentido, esta Comisión Nacional mediante la Recomendación General 16/2009 emitida el 21 de mayo de 2009, señaló que los Agentes del Ministerio Público, a fin de garantizar una adecuada procuración de justicia, deben cumplir en el desarrollo de su labor con las diligencias mínimas, entre otras, para garantizar el acceso a la justicia a las víctimas del delito, evitar enviar al archivo o a la reserva las averiguaciones previas si no se han agotado las líneas de investigación, propiciar una mayor labor de investigación por parte de los elementos de la policía que tengan a su cargo dicha función.

354. Por su parte, el derecho a la verdad consiste también, en la obligación del Estado en investigar a fondo las circunstancias de los hechos probablemente constitutivos de delitos y de violaciones a derechos humanos, así como los hechos violatorios de derechos humanos, para así combatir la impunidad e informar de los resultados principalmente a las víctimas.

355. Asimismo, el artículo 1o. párrafo tercero de la CPEUM en correlación con los

artículos 131, fracción XXIII y 212 del CNPP, establecen que todas las autoridades del Estado Mexicano deben de investigar y sancionar las violaciones a los derechos humanos, y durante las indagatorias deberán actuar en estricto apego a los principios de profesionalismo y respeto a los derechos humanos, y que cuando el Ministerio Público tenga conocimiento de la existencia de un hecho que la ley señale como delito, dirigirá la investigación penal, sin que pueda suspender, interrumpir o hacer cesar su curso, salvo en los casos autorizados en la misma, y esta deberá realizarse de manera inmediata, eficiente, exhaustiva, profesional e imparcial, libre de estereotipos y discriminación, orientada a explorar todas las líneas de investigación posibles que permitan allegarse de datos para el esclarecimiento del hecho que la ley señala como delito, así como la identificación de quien lo cometió o participó en su comisión.

356. Por su parte, el artículo 116, fracción IX de la CPEUM establece en lo fundamental, en relación con las funciones de carácter estatal, para lo que aquí interesa, que el poder público de los Estados garantizará que las funciones de procuración de justicia se realicen con base en los principios, entre otros, eficiencia y respeto a los derechos humanos. Asimismo, en el artículo 20, apartado A, fracción I de la CPEUM respecto del proceso penal, establece que la finalidad de este consiste, entre otros, en esclarecer los hechos, proteger al inocente, procurar que el culpable no quede impune y que los daños causados por el delito se reparen; por otra parte, en el apartado C, del mismo precepto, se establece que las víctimas tienen derecho a recibir asesoría jurídica, a coadyuvar con el Ministerio Público, a que se le reciban todos los datos o elementos de prueba con los que cuente, a que se desahoguen las diligencias correspondientes y, desde la comisión del delito, a recibir atención psicológica en caso de requerirlo, protecciones constitucionales para todas personas, sin distinción alguna.

357. Por su parte, los artículos 108, último párrafo y 109 fracción II del CNPP

establecen que la víctima u ofendido, en términos de la CPEUM y demás ordenamientos aplicables, tendrán todos los derechos y prerrogativas reconocidas en la CPEUM y el Código mencionado, entre otros, a acceder a la justicia de manera pronta.

358. A mayor detalle, el artículo 213 del CNPP refiere que la investigación tiene por objeto que el Ministerio Público reúna indicios para el esclarecimiento de los hechos y, en su caso, los datos de prueba para sustentar el ejercicio de la acción penal, la acusación contra el imputado y la reparación del daño; situación que no ha sido llevado en la Carpetas de Investigación 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 10, pues como se expondrá en lo subsecuente, AR11 y AR12 no han abordado otras líneas de investigación, para esclarecer los hechos y advertir las omisiones cometidas por personas servidoras públicas adscritas al CEFERESO No. 16 y que pudieran estar relacionadas con los decesos por suicidio cometidos por V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8 y V10.

359. En virtud de lo anterior, obra en el expediente integrado y acumulado en esta Institución Autónoma, múltiples evidencias de que en el presente caso se incumplieron por parte de AR11 y AR12 de la Fiscalía Estatal, cuestiones fundamentales respecto al derecho humano de acceso a la justica y a la verdad con relación a la integración y acciones indagatorias de la Carpeta de Investigación 1, Carpeta de Investigación 2, Carpeta de Investigación 3, Carpeta de Investigación 4, Carpeta de Investigación 5, Carpeta de Investigación 7 y Carpeta de Investigación 8, como se desarrollará a continuación.

F.1 OMITIR INVESTIGAR BAJO EL PRINCIPIO DE EXHAUSTIVIDAD LOS FALLECIMIENTOS DE V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8 y V10, TRANSGREDIENDO CON ELLO EL DERECHO AL ACCESO A LA JUSTICIA Y A LA VERDAD DE VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7, VI8, VI9, VI10, VI11, VI12, VI13, VI14, VI15, VI16, VI17 y VI18.

360. Las investigaciones realizadas en las Carpetas de Investigación 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 10 no fueron exhaustivas, pues ninguna de ellas consideró otras líneas de investigación potenciales, en las que se contemplara indagar respecto de las omisiones cometidas por personas servidoras públicas del CEFERESO No. 16 respecto de la falta seguimiento adecuado, integral y multidisciplinario médico para favorecer a la atención de la salud mental a favor de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8 y V10, a fin de brindarles atención médica integral en beneficio de su salud mental y respecto de la salvaguarda de su derecho a la integridad personal y vida y si ello pudiera haber tenido o no, relación directa o indirecta con sus decesos, ya sea por acciones u omisiones por parte del personal médico y psicológico que los atendió durante el tiempo de internamiento, o también por alguna omisión o descuido del personal de seguridad penitenciario que haya influido en menor o mayor grado en dichos fallecimientos, o respecto de las omisiones cometidas por los titulares tanto del CEFERESO No. 16 como de las áreas sustantivas de ese establecimiento penitenciario para brindar una vida digna en reclusión, que salvaguardara en todo momento su integridad física y vida, en razón de la obligación contraída desde su posición de garante.

361. Por su parte, la Ley Orgánica de la Fiscalía General del Estado de Morelos establece en sus artículos 7o., y 9o. y 12 fracción II, entre otras cuestiones, que el Ministerio Público debe conducir las investigaciones de los hechos que pudieran constituir delitos de su competencia y, en los casos que proceda, promover el ejercicio de la acción penal.

362. A mayor abundamiento, en el siguiente cuadro se expondrán las actuaciones realizadas por AR8, AR12 y AR13, respecto de la integración de las Carpetas de Investigación 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 10:

VÍCTIMA / CARPETA DE INVESTIGACIÓN	ACTUACIONES REALIZADAS POR EL AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO Y/O INFORME RENDIDO POR PERSONAL DE LA FISCALÍA ESTATAL
V1 / Carpeta de Investigación 1 A cargo de AR12	❖ Diligencias realizadas el 20 de julio de 2021: • PSP7 recibe el reporte de "femenina sin vida por suspensión" del CEFERESO NO. 16. • Ingreso de AR8 con PSP10 y PSP13 al CEFERESO No. 16 para la toma de datos y recolección de indicios en la escena del crimen. • Activación del Protocolo con Perspectiva de Género para la investigación del deceso de V1. • Acta de aviso al Ministerio Público de hechos probablemente delictuosos, emitida por PSP18 a AR8. • F1 realizó Declaración del testigo de identidad cadavérica, firmada por AR8. • F2 realizó Declaración del testigo de identidad cadavérica firmada AR8. • Acuerdo de entrega de cadáver a F1 y F2. • Informe de toma de muestra de sangre, cabello de las cuatro regiones y raspado de uñas de V1. • Necropsia de Ley, realizada por PSP10, en la que se estableció como causa de la muerte de V1, asfixia por ahorcamiento. • Informe Pericial, en el que PSP11 realizó la toma fotográfica post mortem de 68 imágenes de V1. • Dictamen Pericial de Lofoscopia. • Dictamen de Análisis y Procesamiento, en el cual PSP13, concluyó que el sitio de intervención se encontró resguardado, realizó la descripción del lugar, además de establecer que la posición en la que se tuvo a la vista el cuerpo de V1 no corresponde a la original y la final. ❖ Diligencias realizadas el 18 de marzo de 2022: • AR12 refirió que a esa fecha se encontraba a cargo de la Carpeta de Investigación 1 radicada con motivo del deceso de V1, por el Delito 1 y que proporcionaría a esta Comisión Nacional copia de las actuaciones hasta ese momento efectuadas en la indagatoria, de las cuales se desprende que se trataban de las mismas que habían sido remitidas con anterioridad a este Organismo Autónomo, sin que se apreciara alguna diligencia posterior al 20 de julio de 2021.
V2 / Carpeta de Investigación 2 A cargo de AR12	❖ Diligencias realizadas el 20 de julio de 2022: • Registro de Carpeta de Investigación 2, iniciada en favor de V2, por el Delito 2. • Levantamiento del cadáver de V2 y su traslado a la Fiscalía Estatal. • Activación del Protocolo con Perspectiva de Género para la investigación del Delito 2 en la Fiscalía Estatal, por lo que se inició la Carpeta de Investigación 2. • Entrevista realizada a T1. ❖ Diligencias realizadas el 21 de julio de 2022:

VÍCTIMA / CARPETA DE INVESTIGACIÓN	ACTUACIONES REALIZADAS POR EL AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO Y/O INFORME RENDIDO POR PERSONAL DE LA FISCALÍA ESTATAL
	• Dictamen de Necropsia realizado por PSP20. • Dictamen de fotografía forense realizado por PSP21. ❖ Diligencias realizadas el 29 de julio de 2022: • Puesta a disposición del cuerpo de V2 del 29 de ese mes y año, por PSP20, en el cual se determinó como causa del deceso: asfixia por suspensión. • Activación del Protocolo con Perspectiva de Género para la Investigación y Persecución del Delito.
V3 / Carpeta de Investigación 3 A cargo de AR13	• El 23 de julio de 2023, PSP5 a través del oficio FGE/FEDF/DG-049/2023-07, requirió a esta Comisión Nacional que el expediente de queja CNDH/3/2023/4932/Q fuese archivado y concluido, aludiendo irregularidades en su admisión. • El 1 de junio de 2023, AR12 mediante oficio sin número, informó a personal de la Fiscalía General, que remitió la Carpeta de Investigación 3 por el Delito 3, toda vez que determinó la incompetencia de la Fiscalía Estatal en el Delito 3 cometido en agravio de V3. • El 4 de septiembre de 2023, una persona servidora pública de la Dirección General de Promoción de la Cultura de Derechos Humanos de la Fiscalía General a través del oficio FGR/FEMDH/DGPCDHQI/1208/2023, remitió el similar CUE-EIL-E3C6-925/2023, del 29 de agosto de 2023, mediante el que PSP24 informó a personal de la Oficina de Supervisión Especial en la Fiscalía Especializada de Control Regional de la Fiscalía General, que la Carpeta de Investigación 3 sería devuelta a la Fiscalía Estatal por incompetencia externa, toda vez que no se cumplían los requisitos de la Competencia Federal previstos en el artículo 51 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación.
V4 / Carpeta de Investigación 4 A cargo de AR12 V4 / Carpeta de Investigación 4 A cargo de AR12	❖ Diligencias realizadas el 25 de julio de 2023: • Apertura de la Carpeta de Investigación 4 por el Delito 4. • Informe Policial Homologado. • PSP5 señaló de que los indicios localizados, documentados fotográficamente, recolectados, embalados, sellados, etiquetados y trasladados a las áreas correspondientes para su estudio. ❖ Diligencias realizadas el 31 de julio de 2023: • Acta entrega del cuerpo de V4 a VI9. • Testimonios de T2 y T3. • Activación del Protocolo con Perspectiva de Género, para la investigación del Delito 4.

VÍCTIMA / CARPETA DE INVESTIGACIÓN	ACTUACIONES REALIZADAS POR EL AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO Y/O INFORME RENDIDO POR PERSONAL DE LA FISCALÍA ESTATAL
V5 / Carpeta de Investigación 5 A cargo de AR13	❖ Diligencias realizadas el 2 de agosto de 2023: • Apertura de la Carpeta de Investigación 5 por el Delito 5, la cual se encuentra a cargo de AR12. • Informe Policial Homologado. • PSP5 señaló de que los indicios fueron todos documentados fotográficamente, recolectados, embalados, sellados, etiquetados y trasladados al área correspondiente para su estudio. ❖ Diligencias realizadas el 3 de agosto de 2023: • Autorización de la entrega legal del cuerpo de V5. • Testimonio de T4.
V6 / Carpeta de Investigación 6 A cargo de AR12	❖ Diligencias realizadas el 15 de agosto de 2023: • Apertura de la Carpeta de Investigación 6 por el Delito 6, la cual está a cargo de AR12. • Informe Policial Homologado. • PSP5 señaló de que los indicios fueron todos documentados fotográficamente, recolectados, embalados, sellados, etiquetados y trasladados al área correspondiente para su estudio. ❖ Diligencias realizadas el 17 de agosto de 2023: • Autorización de la entrega legal del cuerpo de V6. • Testimonio de T5.
V7 / Carpeta de Investigación 7 A cargo de AR13	❖ Diligencias realizadas el 3 de septiembre de 2023: • Apertura de la Carpeta de Investigación 7 por el Delito 7, la cual está a cargo de AR12. • Informe Policial Homologado. • PSP5 señaló de que los indicios fueron todos documentados fotográficamente, recolectados, embalados, sellados, etiquetados y trasladados al área correspondiente para su estudio. ❖ Diligencias realizadas el 4 de septiembre de 2023: • Autorización de la entrega legal del cuerpo de V7 a VI12. • Testimonio de T6.
V8 / Carpeta de Investigación 8 A cargo de AR12	❖ Diligencias realizadas el 21 de septiembre de 2023: • Apertura de la Carpeta de Investigación 8 por el Delito 8, la cual está a cargo de AR12.

VÍCTIMA / CARPETA DE INVESTIGACIÓN	ACTUACIONES REALIZADAS POR EL AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO Y/O INFORME RENDIDO POR PERSONAL DE LA FISCALÍA ESTATAL
	• Informe Policial Homologado. • PSP5 señaló de que los indicios fueron todos documentados fotográficamente, recolectados, embalados, sellados, etiquetados y trasladados al área correspondiente para su estudio. ❖ Diligencias realizadas el 22 de septiembre de 2023: • Autorización de la entrega legal del cuerpo de V8 a VI13 y VI14. • Testimonios de T7 y T8.
V10 / Carpeta de Investigación 10 A cargo de AR12	❖ Diligencias realizadas el 4 de noviembre de 2023: • Apertura de la Carpeta de Investigación 10, por el Delito 10, misma que está a cargo de AR12 • Activación del Protocolo con Perspectiva de Género. • Informe Policial Homologado. • PSP5 señaló que los indicios fueron todos documentados fotográficamente, recolectados, embalados, sellados, etiquetados y trasladados al área correspondiente para su estudio. ❖ Diligencias realizadas el 6 de noviembre de 2023: • Entrega legal del cuerpo de V10 a VI15 y VI16. • Entrevista con T9

363. Es preciso señalar que respecto a la falta de diligencia para investigar muertes potencialmente ilícitas de mujeres en reclusión, tenemos que AR8, derivado del deceso de V1, así como quien estuvo a cargo del inicio de la Carpeta de Investigación 1 por el Delito 1, era responsable de la integración de dicha indagatoria y toda vez que el 18 de marzo de 2022 este Organismo Nacional tuvo conocimiento que no obraban mayores actuaciones a las diligencias primarias en la investigación de la muerte de V1 para esclarecer el hecho y que a ese momento, era AR12 quien ahora estaba al frente de la citada carpeta, es de establecer que AR8 no actuó en estricto apego al principio de exhaustividad, previsto en los artículos 1o. párrafo tercero, de la CPEUM, en correlación con los artículos 131, fracción XXIII y 212, párrafo segundo, del CNPP.

364. En relación a V9, V11, V12 y V13, derivado de que los decesos acontecieron el 24 de octubre, 8 y 28 de noviembre y 6 de diciembre de 2023, respectivamente,

esta Comisión Nacional no se pronunciará respecto de su integración, al ser de apertura reciente, en virtud de que, las diligencias realizadas por la Fiscalía Estatal podrían encontrarse en una etapa primaria de investigación inicial, sin que amerite por el momento una responsabilidad respecto del principio de inmediatez y exhaustividad que deben regir en las indagatorias.

365. Con base en el cuadro anterior, del análisis a las actuaciones realizadas por AR8, AR12 y AR13 en las Carpetas de Investigación 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 10, se advierte que no llevaron a cabo mayores diligencias tendientes a investigar y determinar si existe alguna responsabilidad penal de personal del CEFERESO No. 16 por la pérdida de la vida de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8 y V10, en tanto, no se agotó el principio de exhaustividad, contemplado en el artículo 212 del CNPP, mismo que establece que el Agente del Ministerio Público deberá realizar una investigación de manera inmediata, eficiente, exhaustiva, profesional e imparcial, libre de estereotipos y discriminación, orientada a explorar todas las líneas de investigación posibles que permitan allegarse de datos para el esclarecimiento del hecho que la ley señala como delito, en virtud de que solo se realizaron diligencias básicas y mínimas en las Carpetas de Investigación como lo fueron, de manera coincidente y recurrente, la apertura de la misma, el Informe Policial Homologado, recolección de indicios, autorización de la entrega legal del cuerpo, y en su mayoría, entrevistas o testimonios, no así en la Carpeta de Investigación 3, sin que se efectuaran otras que contemplaran la investigación idónea para una muerte potencialmente ilícita con perspectiva de género, en donde se estudiaran las condiciones de internamiento, sobre todo las omisiones en atención de la salud mental y resguardo de la vida e integridad de la mujer en reclusión, así como el clima emocional y las condiciones de vulnerabilidad social que pudieran haber abonado en la comisión de los suicidios, máxime que se trataban de fallecimientos suscitados en efecto dominó de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8 y V10, que implica una omisión clara de las personas servidoras públicas en el servicio público y en el deber de cuidado. Hecho que cobra

relevancia, puesto que en los decesos de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8 y V10 no se tomó en cuenta que la mujer en reclusión pertenece a un grupo que históricamente ha sufrido el riesgo a ser mayormente vulnerado por sus condiciones físicas, sociales y culturales, lo que se potencializa al estar privadas de la libertad.

366. Además, cabe precisar que únicamente en la Carpeta de Investigación 1, se advierten mayores diligencias respecto de las otras, siendo que, la Fiscalía Estatal, al tener conocimiento de los múltiples suicidios que están ocurriendo en el CEFERESO No. 16, debieron ir perfeccionando los procesos indagatorios, haciéndolos mayormente exhaustivos e inmediatos, y máxime que al estar ocurriendo de manera frecuente, debió resultar un indicativo contundente de las omisiones en el servicio público cometidas por personal de ese establecimiento penitenciario en su deber de garante, lo que implica la apertura de nuevas líneas de investigación que no solo conlleven al análisis simple e individual de los casos, sino deben girar en torno a determinar las acciones u omisiones que se están suscitando en agravio de la población penitenciaria femenil, lo que no sucedió, en virtud de que no obstante, los 13 decesos por suicidio acontecidos de 2021 a la fecha, la investigación sobre el particular se advierte más deficiente y no basado conforme a el estándar probatorio con perspectiva de género en el caso que involucre el fallecimiento de mujeres, como se analizará más adelante.

367. Cabe mencionar que la tesis citada a continuación ejemplifica cuando las actuaciones del Ministerio Público son deficientes por no *realizar una investigación inmediata, eficiente, exhaustiva, profesional e imparcial*; tesis que independientemente del fondo del asunto del que trata, explica cuando el Ministerio Público no respeta estos principios.

MINISTERIO PÚBLICO. SI REALIZA CITACIONES Y GIRA OFICIOS SIN CONTAR CON LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN PARA DETERMINAR EL OBJETO DE ÉSTA,

> ***ELLO IMPLICA UNA ACTUACIÓN DEFICIENTE EN DETRIMENTO DE LOS DERECHOS DE LA VÍCTIMA Y DE LA DEFENSA, VIOLATORIA DE LOS ARTÍCULOS 14, 16 Y 21 DE LA CONSTITUCIÓN FEDERAL****. Cuando el Ministerio Público investiga de manera deficiente sin allegarse de todos los elementos* necesarios *para integrar la carpeta de investigación, es dable afirmar que no cumple con las atribuciones que le imponen los artículos 21 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 212 y 213 del Código Nacional de Procedimientos Penales, de los que se advierte que la representación social debe realizar una investigación inmediata, eficiente, exhaustiva, profesional e imparcial, lo que implica que como rector y jefe de la policía, debe contar con líneas de investigación que le permitan abordar el problema planteado y determinar puntualmente el objeto de la investigación. De esta manera, con base en una noticia criminal, el Ministerio Público determinará cuáles son los datos de prueba necesarios de acuerdo con su línea de investigación […].*[65]

368. Ahora bien, AR8, AR12 y AR13, pudieron apoyarse de instrumentos internacionales, como lo es el Protocolo de Minnesota con el fin de replicar las buenas prácticas contenidas el mismo, el cual establece una serie de procedimientos que deben realizarse cuando acontece una muerte potencialmente ilícita, situación de relevancia puesto que en el presente caso se abordan 13 decesos originados al interior del CEFERESO No. 16, lo que implica por su propia naturaleza, que las muertes deben considerarse ilícitas, por la relación de sujeción especial que existe entre el Estado y las mujeres privadas de la libertad, donde el primero se vuelve el facilitador principal de las condiciones idóneas para el estricto respeto de los derechos humanos, por la misma situación de reclusión, en donde no pueden satisfacerse sus necesidades por cuenta propia y que además, implica que ante los primeros actos de suicidio que se estudian en este pronunciamiento recomendatorio y dado que de ellos tuvo conocimiento la Fiscalía Estatal, se debieron acelerar los procesos indagatorios con perspectiva de género a fin de conocer la verdad de los hechos, respecto de lo que ocurre al interior del CEFERESO No. 16, y en su caso,

[65] Época: Décima Época, Registro digital: 201616, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Tipo de Tesis: Tesis Aislada, Fuente: Semanario Judicial de la Federación, Publicación: viernes 24 de noviembre de 2017 10:35 h, Materia (s): Penal, Tesis: I.6o.P.98 P (10a.).

advertir la probable responsabilidad de personas servidoras públicas de ese lugar sobre las irregularidades en el servicio público que pueden estar contribuyendo en la decisión de que las mujeres privadas de la libertad, se priven de la vida. Ahora bien, el Protocolo de Minnesota establece que podrán realizarse las siguientes acciones:

- Cuando se presente un informe o una denuncia de una muerte potencialmente ilícita, o esta se ponga en conocimiento de las autoridades, se debe realizar una investigación inicial para identificar las líneas de investigación y las acciones futuras.
- Ello incluye identificar todas las fuentes de posibles pruebas y dar prioridad a la reunión y preservación de esas pruebas.
- Deben reunirse relatos de los hechos facilitados por los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.
- Una vez que se ha reunido y analizado un número significativo de pruebas, se deben extraer las conclusiones preliminares y redactarlas en un único informe que debería contener los detalles de las líneas de investigación seguidas y sus resultados, así como recomendaciones de nuevas indagaciones que permitan avanzar en la investigación.
- Debe diseñarse un conjunto de procesos operativos y tácticos, derivados de la estrategia general.
- Estos procesos deberían permitir la determinación de hechos significativos, preservar el material pertinente y conducir a la identificación de todas las partes involucradas.
- Deben planificarse actividades y asignarse recursos suficientes a fin de gestionar: a) La reunión, el análisis y la gestión de las pruebas, los datos y todo el material; b) La comunicación con la familia; c) La elaboración del perfil de la víctima; d) Localizar, entrevistar y proteger a los testigos; e) Las

telecomunicaciones y otras pruebas digitales; f) La cronología de los acontecimientos.

369. Las estrategias de investigación deben revisarse de manera periódica o a raíz de la aparición de material nuevo (o de métodos nuevos y más sólidos). Se debe mantener un registro del proceso de examen en el que figuren todas las decisiones críticas tomadas, con referencias claras a las pruebas que las respaldan. Cualquier reorientación de la estrategia de investigación debe justificarse y registrarse, junto con el material pertinente. El proceso de examen debe ser abierto, y debe registrarse y difundirse entre los miembros del equipo de investigación.[66], situación que no fue llevada a cabo por personal de la Fiscalía Estatal en la integración de las Carpetas de Investigación 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 10.

370. En lo que respecta a la Carpeta de Investigación 1 por el Delito 1, únicamente se llevaron a cabo las diligencias de toma de datos y recolección de indicios en la escena del crimen, activación del Protocolo con Perspectiva de Género, acta de aviso al Ministerio Público de hechos probablemente delictuosos, declaraciones de testigos, acuerdo de entrega de cadáver, informe de toma de muestra de sangre, Necropsia de Ley, Informe Pericial, Dictamen Pericial y Dictamen de Análisis y Procesamiento, respecto de V2 se realizó únicamente el registro de Carpeta de Investigación 2, levantamiento del cadáver, activación del Protocolo con Perspectiva de Género, entrevistas y dictamen de necropsia y pericial; y por lo que hace a los decesos de V3, V4, V5, V6, V7, V8 y V10, PSP21 refirió reiteradamente, sin adjuntar documentales probatorias, que las acciones practicadas en las Carpetas de Investigación 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 10, fueron: las diligencias de Apertura de la Carpeta de Investigación, Informe Policial Homologado, que los indicios fueron todos documentados fotográficamente, recolectados, embalados, sellados, etiquetados y trasladados al área correspondiente para su estudio, la autorización de la entrega

[66] *Idem*

legal del cuerpo, y que se recabaron los testimonios respectivos, situación que evidencia una inobservancia por parte de AR8, AR12 y AR13 en atender con perspectiva de género y debida diligencia, una secuencia de suicidios, por lo que, como se refirió con anterioridad, que las labores de investigación fueron debilitándose en cada Carpeta de Investigación, lo cual es contrario a la progresividad y el enfoque interseccional con el que deben ser atendidos dichos actos, al estar involucrada la pérdida de la vida de una mujer en una situación de vulnerabilidad potencial.

371. Referente a las acciones establecidas en el Protocolo de Minnesota, las cuales fueron citadas con anterioridad, del análisis a las diligencias realizadas por personal de la Fiscalía Estatal, en el cuadro que antecede, es importante señalar que ninguna de ellas fue llevada a cabo por AR8, AR12 y AR13 en las Carpetas de Investigación 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 y 10, respecto de los decesos de V1, V2, V4, V5, V6, V7, V8 y V10, ya que únicamente AR12 y AR13, quienes actualmente se encuentran a cargo de las indagatorias, se han limitado a reunir indicios mínimos para investigar los decesos, empero no se realizaron diligencias tendientes a investigar de forma exhaustiva.

372. Por último, respecto a los informes emitidos por PSP5 referente a las actuaciones realizadas por AR12 y AR13 en las Carpetas de Investigación 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 y 10, señaló que las mismas fueron iniciadas por los Delitos 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 y 10; sin embargo, en ninguna de ellas, se advierte la activación del Protocolo de Minnesota.

373. Dicho protocolo señala en forma ilustrativa que:

> a) Las investigaciones de cualquier muerte potencialmente ilícita […] deben ser efectivas y exhaustivas. Los investigadores deben, en la medida

de lo posible, reunir y verificar (por ejemplo, mediante triangulación) todas las pruebas testimoniales, documentales y físicas. Las investigaciones deben permitir: asegurar la rendición de cuentas por muertes ilícitas; identificar y, si se justifica por las pruebas y la gravedad del caso, enjuiciar y castigar a todos los responsables; y prevenir futuras muertes ilícitas. […]

b) Durante las investigaciones se adoptarán, como mínimo, todas las medidas razonables para: […] e) Determinar quién estuvo involucrado en la muerte y su responsabilidad individual en ella […].

c) La investigación debe permitir determinar si hubo o no violación del derecho a la vida. Las investigaciones deben orientarse a identificar no solo a los autores directos, sino también a todos los demás responsables de la muerte, incluidos, por ejemplo, los funcionarios de la cadena de mando que fueron cómplices en ella […].

d) La investigación debería intentar identificar si hay alguna medida razonable que no se adoptó y que podría haber conducido a la posibilidad real de prevenir la muerte, así como determinar las políticas y los fallos sistémicos que pueden haber contribuido a la muerte, e identificar cuadros persistentes cuando existan […].

e) La investigación debe llevarse a cabo con diligencia y de conformidad con las buenas prácticas. El mecanismo encargado de llevar a cabo la investigación debe estar debidamente facultado para ello. El mecanismo debe, al menos, tener la facultad jurídica para ordenar la comparecencia de testigos y exigir la presentación de pruebas, y debe contar con suficientes recursos financieros y humanos, incluidos investigadores cualificados y expertos pertinentes. […]

374. Por lo que, en ninguna de las Carpetas de Investigación se advierte que se hayan hecho diligencias bastantes para conjuntar suficientes pruebas testimoniales, documentales y físicas, así como investigar quien estuvo involucrado durante el deceso de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8 y V10, incluyendo personas servidoras públicas atendiendo a la cadena de mando, o si se puedo haber efectuado alguna medida razonable para evitar los suicidios, ésta última representa una línea de investigación fundamental, derivado de la cantidad de fallecimientos suscitados en un mismo lugar de reclusión; sin embargo, ello no se realizó.

375. En ese sentido resulta oportuno señalar que el Protocolo de Género, emitido por la Consejería Jurídica del Poder Ejecutivo del Estado de Morelos a fin de investigar los delitos con perspectiva de género, en su apartado de Diligencias de la Unidad Especializada de Investigación, establece que deberá realizarse un dictamen, el cual deberá contener los siguientes elementos:

a) Establecer el número y naturaleza (origen) de las heridas;
b) Determinar la dirección de la lesión;
c) Determinar cuál herida fue la mortal, si hay varias;

376. Lo cual, de acuerdo con la información proporcionada por PSP5, asentado en el presente instrumento recomendatorio en el cuadro que antecede, se desprende que ninguno de estos elementos fue abordado en las diligencias realizadas por AR8, AR12 y AR13 en las Carpetas de Investigación 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 y 10, pese a que, en algunas de ellas, aseveraron que se había activado el Protocolo de Género.

377. Cabe hacer mención, que derivado del acta circunstanciada del 21 de marzo de 2023, en la cual se alude el deceso de V3, esta Comisión Nacional inició de oficio la investigación requerida, de conformidad con el artículo 102 apartado B de la

CPEUM, así como 6o. fracción II de la LCNDH y 89 de su Reglamento, por lo que mediante oficio V3/033191, del 17 de mayo de 2023, esta Comisión Nacional solicitó a PSP5, información relacionada con la carpeta de investigación iniciada por el deceso de V3, el Agente del Ministerio Público que estaba a cargo de la investigación y las diligencias realizadas en la carpeta con base en el Protocolo de Minnesota, en atención a dicha solicitud mediante ocurso FGE/FEDF/DG-049/2023-07, del 23 de julio de 2023, PSP5 dio contestación a este Organismo Autónomo, requiriendo el archivo y conclusión del expediente de queja CNDH/3/2023/4932/Q, aludiendo irregularidades en su admisión, en razón de que no había parte quejosa; no obstante, omitieron contemplar que de conformidad con los artículos 102, apartado B, de la CPEUM; así como 6o., fracción II, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 89 de su Reglamento Interno, este Organismo Autónomo tiene facultad para iniciar de oficio las investigaciones por presuntas violaciones de derechos humanos en los casos, entre otros, por actos u omisiones de autoridades administrativas de carácter federal, como en el caso acontece, sin que se haya brindado mayor información o documentales, al haber argumentado dicha situación.

378. Posteriormente, el 1 de junio de 2023, AR12 informó a personal de la Fiscalía General, la remisión de la Carpeta de Investigación 3 por el Delito 3, toda vez que determinó la incompetencia de la Fiscalía Estatal en el Delito 3 cometido en agravio de V3; sin embargo, el 4 de septiembre de 2023, una persona servidora pública de la Dirección General de Promoción de la Cultura de Derechos Humanos de la Fiscalía General a través del oficio FGR/FEMDH/DGPCDHQI/1208/2023, anexó el ocurso CUE-EIL-E3C6-925/2023, del 29 de agosto de 2023, informando que la Carpeta de Investigación 3 sería devuelta a la Fiscalía Estatal por incompetencia externa, toda vez que no se cumplían los requisitos de la competencia federal previstos en el artículo 51 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación, aludiendo que el hecho de que el delito se haya cometido al interior de un Centro

Federal no encuadra en ninguna de las hipótesis señaladas en el artículo en mención.

379. Ahora bien, a pesar de la solicitud de información realizada por esta Comisión Nacional, en la respuesta e información remitida, en lo oficios sin número del 1 de junio de 2023 y FGE/FEDF/DG-049/2023-07, del 23 de julio de 2023, PSP5 no respondió respecto del estado que guardaba la Carpeta de Investigación 3, y tampoco señaló las diligencias practicadas en la misma únicamente se limitó a acotar respecto de la declaración de incompetencia citada, de lo que se infiere que no se llevaron a cabo las acciones idóneas para definir una línea de investigación que esclareciera los hechos.

380. Por lo tanto, resulta evidente que en las Carpetas de Investigación 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 10, no se contempló una perspectiva de derechos humanos al inobservar los principios y directrices del Protocolo de Minnesota, situación que impide la investigación exhaustiva respecto del fallecimiento de V1, V2, V3, V4, V5, V6 V7, V8 y V10 sobre todo en relación a las omisiones cometidas en el deber de cuidar la vida e integridad personal de V1, V2, V3, V4, V5, V6 V7, V8 y V10; en consecuencia, contemplar esta hipótesis conllevaría a determinar que AR8, AR12 y AR13 no exploraron otras líneas indagatorias para determinar lo conducente sobre la responsabilidad de personas servidoras públicas del CEFERESO No. 16 en dicho suceso, lo anterior también en estricto apego al principio de exhaustividad, previsto en los artículos 1o. párrafo tercero, de la CPEUM, en correlación con los artículos 131, fracción XXIII y 212, párrafo segundo, del CNPP, lo que no sucedió. Además de que se inadvirtieron la metodología y práctica de diligencias para la investigación de muertes de mujeres, que están previstas en el Protocolo de Género, instrumento creado para mejorar su servicio público cuando de ese grupo vulnerable se trata, lo que evidentemente tampoco ha acontecido.

F2. EXCEDER DEL PLAZO RAZONABLE PARA INTEGRAR Y DETERMINAR LAS CARPETAS DE INVESTIGACIÓN 1 Y 2 LO QUE VULNERA LA PROCURACIÓN DE JUSTICIA PRONTA EN AGRAVIO DE VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8

381. Partiendo del supuesto de que el Ministerio Público está obligado a investigar todos los delitos, cuya indagatoria deberá realizarse en estricto apego a los principios de profesionalismo y respeto a los derechos humanos, en el presente caso se advierte que en la Carpeta de Investigación 1 y Carpeta de Investigación 2, las cuales se encuentran radicadas en la Fiscalía Estatal, no se realizaron actuaciones encaminadas a investigar en un plazo razonable los fallecimientos de V1 y V2, lapsos de tiempo en los que VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8, no han tenido certeza de los hechos que ocasionaron el deceso de V1, dejándolos en total incertidumbre, cabe mencionar que de las documentales integradas en el expediente, esa temporalidad ha sido excesiva y no justificada, tal y como se advertirá en los párrafos subsecuentes.

382. De igual forma, a mayor ilustración, existe el criterio de los Tribunales Colegiados de Circuito del Poder Judicial de la Federación[67], referente a la dilación injustificada de los Agentes del Ministerio Público en la falta de realización de actividades ministeriales para determinar alguna indagatoria, la cual indica lo siguiente:

> **RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA DE LOS AGENTES DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN. SE ACTUALIZA ANTE LA PROLONGADA OMISIÓN DE LLEVAR A CABO ACTUACIONES ENCAMINADAS A INTEGRAR UNA AVERIGUACIÓN PREVIA A SU CARGO, SI NO EXISTE UN MOTIVO RAZONABLE QUE LO JUSTIFIQUE.** El análisis integral de los diversos preceptos que rigen la actuación de los agentes del Ministerio Público de la Federación, entre los que destacan los artículos

[67] Época: Décima Época, Registro: 2021183, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Tipo de Tesis: Aislada, Fuente: Semanario Judicial de la Federación, Publicación: 29 Noviembre de 2019 a las 10:40 horas, Materia(s): (Administrativa), Tesis: I.1o.A.225 A (10a.).

4, fracciones I, apartado A), inciso b), y V, 62, fracciones I, VI y XI, 63, fracciones I y XVII, y 81 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, vigente hasta el 14 de diciembre de 2018, 2, fracción II, del Código Federal de Procedimientos Penales abrogado, así como 40, fracciones I y XVII, de la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública revela que ninguno señala cuál es el plazo específico del que aquellos servidores públicos disponen para integrar una averiguación previa, o bien, qué lapso es suficiente para estimar que se ha actualizado una dilación en ese tipo de procedimientos; sin embargo, dicha circunstancia no impide reconocer que esos servidores públicos no se encuentran exentos de incurrir en responsabilidad administrativa ante la prolongada omisión (por ejemplo, 7 meses) de llevar a cabo las actuaciones encaminadas a integrar una averiguación previa a su cargo, si no existe un motivo razonable que lo justifique. Ciertamente, si se tiene en cuenta, por una parte, que la Suprema Corte de Justicia de la Nación determinó que el servicio público está rodeado de múltiples obligaciones que no están detalladas a manera de catálogo en alguna norma de carácter general, sino dispersas en ordenamientos de diversa naturaleza que rigen el actuar de la autoridad y, por otra, que existen supuestos en que las distintas atribuciones de un servidor público son consecuencia directa y necesaria de la función que desarrollan, es decir, que se trata de conductas inherentes al cargo que desempeñan, se concluye que la ausencia de un dispositivo que prevea un referente temporal que sirva de parámetro para estimar cuándo se está en presencia de una dilación en la integración de la averiguación previa es insuficiente para eximir a dichos servidores públicos de responsabilidad administrativa, sobre todo porque los propios preceptos que regulan su actuación exigen que los agentes de la indicada institución ministerial actúen con prontitud, evitando, en la medida de lo posible, cualquier retraso injustificado, particularmente en la investigación y persecución de los delitos, es decir, prevén como obligación a cargo de esa clase de servidores públicos desempeñarse de manera rápida, continua e ininterrumpida, con la finalidad de hacer compatible su actuación con el derecho de la sociedad a la obtención de justicia pronta y expedita.

383. En ese sentido, resulta oportuno señalar que en relación con el cuadro descrito en el apartado que antecede del presente instrumento recomendatorio, esta Comisión Nacional tiene conocimiento de las actuaciones realizadas por personal de la Fiscalía Estatal, respecto de la integración de las Carpetas de Investigación 1 y 2.

384. Como ha sido abordado, los fallecimientos de V1 y V2, se dieron a causa de asfixia por ahorcadura, situación que implica una tolerancia por parte del Estado por conducto de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR9, AR10, AR11, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18 y AR19 del CEFERESO No. 16, en eventos suicidas, derivado de la cadena de omisiones en la custodia de aquellas que se encuentran en reclusión, así como de la falta de detección de padecimientos mentales de riesgo asociados con su salud mental, lo que implica la inobservancia de los contextos particulares de cada una de ellas con perspectiva de género y enfoque interseccional; sin embargo, posterior a las diligencias realizadas por personal de la Fiscalía Estatal en el cuadro de referencia, no se aprecia que se hayan realizado nuevas actuaciones por parte de AR12 y AR13, respecto de la integración de las Carpetas de Investigación 1 y 2.

385. En el caso de V1, se tiene conocimiento que la última diligencia realizada en la Carpeta de Investigación fue hecha el 21 de julio de 2021, toda vez que el 21 de marzo de 2023, se puso a la vista de personal de esta Comisión Nacional la carpeta de investigación, en la que se observó que no había ninguna actuación posterior al 21 de julio de 2021, implicando una demora injustificada en llevarlas a cabo, lo que implicaba una responsabilidad de AR12 en atender con inmediatez el asunto, como se establece en el artículo 212 del CNPP.

386. Respecto a V2, la última diligencia practicada en la Carpeta de Investigación 2, se dio el 29 de julio de 2022, advirtiéndose que ha pasado más de un año sin que obre otra actuación y más grave aún es que la indagatoria está sin diligencias y que no se tienen elementos para su determinación en razón de que a la fecha continúa en trámite.

387. Es así que al no satisfacer el principio de inmediatez en la investigación y determinación de las indagatorias, las personas servidoras públicas ministeriales, en

el caso específico AR12 y AR13 no se encuentran exentos de incurrir en responsabilidad administrativa ante la prolongada omisión de llevar a cabo las actuaciones encaminadas a integrar una averiguación previa a su cargo, si no existe un motivo razonable que lo justifique, hipótesis que no ocurrió en el caso de las Carpetas de Investigación 1 y 2.

F3. OMISIONES DE IMPLEMENTAR PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS INVESTIGACIONES MINISTERIALES QUE INVOLUCREN EL FALLECIMIENTO DE MUJERES PRIVADAS DE LA LIBERTAD CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

- **Obligaciones de probar con debida diligencia las razones de género, la existencia o inexistencia de condiciones de poder o de algún tipo de violencia**

388. Una vez que se ha constatado el estado en el que se encuentran las carpetas de investigación, en las que se han podido observar omisiones de investigar bajo el principio de exhaustividad y excesos en el plazo razonable para integrar y determinar las investigaciones, aunado a la falta de diligencias eficaces, obliga a la autoridad investigadora a implementar una intervención en la que la debida diligencia debe tener un factor reforzado, en ese sentido, en primer lugar, las autoridades ministeriales deben considerar que las 13 víctimas eran mujeres privadas de la libertad, que además, conforme al análisis abordado en este Instrumento, entre otras intersecciones, eran mujeres con discapacidad psicosocial, por lo que las autoridades ministeriales están obligadas a dirigir las investigaciones conforme a la sospecha, en todo momento, de descartar que su defunción se debió a una posible ejecución extralegal, ante su situación de vulnerabilidad, lo cual encuentra su sustento en lo establecido en el Protocolo de Minnesota.

389. Un segundo factor que debe observarse y no se advierte hasta el momento de manera sustantiva en las diligencias realizadas, es que las muertes de las víctimas, debió considerarse desde una perspectiva de género, no solo en relación a la investigación sobre suicidios, sino a partir de investigar cada caso como un feminicidio, lo que en los hechos no ha ocurrido, ya que como se ha desglosado, las acciones en las investigaciones descritas, solo denotan diligencias conforme al estándar de investigaciones de homicidios, teniéndose que ser minucioso y diligente en la actuación con enfoque diferencial dado que se trata de víctimas mujeres, lo que se encuentra contenido en el Modelo Latinoamericano de Investigación de las Muertes Violentas de Mujeres por Razones de Género.

390. Por su parte, el artículo 212 primer párrafo del Código Nacional de Procedimientos Penales indica que el agente del ministerio público dirige la investigación penal, por lo que debe verificar que la intervención de policía de investigación y pericial en la muerte violenta de una mujer cumpla con la implementación de la perspectiva de género, por ello, los instrumentos nacionales e internacionales con los estándares específicos de actuación contemplan que las diligencias ordenas deben instruirse indicando específicamente que se actúa en una investigación por muerte violenta de una mujer e indicar la orientación de la actuación, la omisión en lo expuesto, es responsabilidad del agente del ministerio público, que además debe supervisar y dar seguimiento de la actuación todo el personal que interviene en la investigación.

391. En las investigaciones descritas, las muertes de las 13 víctimas, debió investigarse con perspectiva de género, esto implica como se describe en el Protocolo de Investigación Ministerial Policial y Pericial con Perspectiva de Género para el Delito de Feminicidio de la Fiscalía General de la República, que lo que hay que probar, son las razones de género en la muerte violenta de la mujer y en el caso de un supuesto suicidio, considerarlo como feminicidio para implementar desde el

inicio de la integración las herramientas de investigación de dicho estándar con lo que el agente del ministerio público dispone de una serie de mecanismos que le permiten probarlo o, en su caso descartarlo.

392. Lo anterior, no es posible visibilizarlo con base en las escazas actuaciones generadas en cada uno de los casos, tal como se advierte en párrafos anteriores, en tanto que la evidencia disponible por la Fiscalía General de Justicia del Estado de Morelos no se advierte claramente que se hayan realizado acciones para probar las razones de género, ello es así ya que como consta en la evidencia al ordenarse la intervención de personal ministerial y policial, no se logra apreciar la instrucción al personal que interviene en las investigaciones, que se iniciaran conforme al estándar de investigación de la muerte violenta de una mujer y cuáles serían las acciones que tendrían que realizar para implementar perspectiva de género en su actuación, pese a que dicha Fiscalía cuenta con un Protocolo específico en la materia.

393. Además, debe advertirse, que este tipo de investigaciones deben contar con periciales que permitan probar las posibles razones de género, por lo que en los casos concretos debieron implementarse peritajes en materia de antropología social, perfiles de personalidad, análisis de secuencias de videos, necropsia psicológica, psicología forense, sin que se advierta la realización de alguna de ellas hasta el momento y en ese sentido, de la valoración de la evidencia disponible, no se observa que exista en la investigación acción alguna para probar las razones de género que generaron los decesos.

394. Además, un exhaustivo análisis de contexto debe permitir en las investigaciones ministeriales identificar y recabar signos e indicios de la situación anterior de las víctimas, datos sobre su entorno, las condiciones de reclusión y de acceso a servicios básicos en el centro federal, su vinculación con el exterior, su condición de discapacidad psicosocial, su interacción con medicamentos

controlados o con el consumo de drogas, entre otras cuestiones que no se observa hasta el momento hayan sido recabadas desde esa perspectiva.

395. Por otra parte, el conocer de la discapacidad psicosocial y su posible adicción a sustancias, drogas y/o medicamento controlado en algunas de las víctimas, debieron activarse acciones de investigación específicas, lo que en los hechos se presume no ha acontecido y tampoco fue demostrado por la autoridad ministerial dado el sesgo de la información brindada, esto con base en la descripción de las diligencias que se han realizado en las carpetas de investigación.

396. La extracción de información con perspectiva de género está encaminada entre otras cosas a probar las razones de género y situaciones de poder existentes como se ha señalado con anterioridad, por ello, es un elemento sustancial en las investigaciones, que principalmente en las primeras horas del conocimiento de los hechos, las entrevistas que se recaben sean grabadas y pasadas en versión estenográfica a un documento escrito, dicha circunstancia elimina la interpretación de la persona o valoración de cuestiones relevante de personal de investigación al plasmar de forma escrita; además, de instruir claramente a policía de investigación para que recaben elementos como datos sobre horarios y el lugar donde se desenvolvían cotidianamente las víctimas; sobre los lugares en donde se encontraron los cuerpos se debió solicitar revisar muebles, retratos, fotografías y objetos que hayan represando algún significado o utilidad para las víctimas, todo lo anterior de acuerdo a lo instruido en el Protocolo de Investigación con Perspectiva de Género de la Fiscalía Estatal.

397. De igual forma el Protocolo de Minnesota en el aspecto de las fotografías recomienda que estas puedan ser a color con el objetivo de tener mejores elementos en la investigación, lo que permite realizar un mejor análisis de las huellas de la violencia o de las lesiones que pueda presentar el cuerpo; además, debe disponerse

de la utilización de elementos tecnológicos en el procesamiento del cuerpo de la persona y el agente con el que supuestamente la persona pudo haberse ocasionado la muerte; sin embargo, de la información que fue disponible a este Organismo Nacional, no puede advertirse sobre su realización, exhaustividad o existencia, dada la escaza información brindada, por lo que es imperante invocar que estos elementos deben ser procesados y observados en las investigaciones a partir de la generación de acciones diferenciadas a la investigación y procesamiento distinto al de un homicidio.

398. Además, tampoco se logra identificar dada la falta de acceso a más información sobre la integración de las carpetas, la interacción con los enlaces familiares de las víctimas, testigos de los hechos, parejas sentimentales y/o afectivas al interior del centro, que de manera eficaz permita indagar en otras líneas de investigación y a su vez, proporcionar información del avance de la investigación a las víctimas indirectas.

399. De acuerdo con las pocas evidencias disponibles, tampoco es posible advertir sobre la realización de acciones para descartar actos de maltrato físico y psicológico de acuerdo con el Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

400. Por lo anterior, estructuralmente como lo indica el Modelo de Protocolo latinoamericano de investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género (feminicidio/feminicidio), no se advierte la implementación de planes de investigación que ordenen diligencias con debida diligencia, y tampoco sobre hipótesis con perspectiva de género que les permita identificar las posibles causas estructurales que están generando en ese contexto de reclusión la ocurrencia de muertes de mujeres; teniendo que, en toda muerte violenta de una mujer se deben agotar todas las acciones y líneas de investigación posibles que permitan confirmar

la causa o causas que han originado las muertes, o bien, recabar de oficio mayores pruebas para corroborar los suicidios materia de las investigaciones.

401. Por lo que, ante la falta de disponibilidad en la información, y con base en la que las autoridades ministeriales brindaron a esta Comisión Nacional, puede observarse que sus investigaciones no han implementado hasta el momento, una metodología con base en las directrices del Protocolo de Minnesota a favor de la máxima protección de los derechos humanos de las víctimas y las víctimas indirectas en transversalidad con su derecho al acceso a la justicia. Al respecto, la SCJN a través del Protocolo para Juzgar con Perspectiva de Género estableció que, "por regla general, las personas impartidoras de justicia tienen la potestad legal para allegarse de oficio de las pruebas que estimen necesarias para conocer la verdad sobre los puntos litigiosos que se ponen a su consideración. El ejercicio de esta facultad suele ser discrecional para quien tiene a su cargo dirimir la controversia. No obstante, en los casos en que se ven involucradas personas que pertenecen a grupos en condición de vulnerabilidad, esa facultad pierde su carácter discrecional y se convierte en una obligación, pues, según lo ha determinado la SCJN, existe un plano de inequidad en la contienda que requiere ser remediado por la autoridad jurisdiccional. Sobre esa base ha resuelto casos en los que participaron menores de edad, personas con discapacidad o personas que han visto obstaculizado el ejercicio de sus derechos debido al género, en particular mujeres y niñas."[68]

[68] SCJN. Protocolo para Juzgar con Perspectiva de Género. Primera edición, noviembre de 2020. Pág. 165.
Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/protocolos/archivos/2020 11/Protocolo%20para%20juzgar%20con%20perspectiva%20de%20g%C3%A9nero%20%28191120 %29.pdf

G. RESPONSABILIDAD

402. Como se estableció en la Recomendación 12/2020 del 12 de junio del 2020 emitida por este Organismo Nacional, se reitera que conforme al párrafo tercero del artículo 1o. constitucional, “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”

403. Las cuatro obligaciones reconocidas en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquéllos que conforman el sistema universal de las Naciones Unidas.

404. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que se le encomendó, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquélla que corresponda, de manera específica, a las personas servidoras públicas a quienes les concierne de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

405. Derivado de lo anterior, esta Comisión Nacional realiza un llamado urgente al Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención Readaptación Social, a efecto de que realice todas y cada una de las acciones tendentes, diligentes y oportunas para no seguir violentando los derechos humanos a la legalidad y seguridad jurídica, integridad personal, a la reinserción social y a la no discriminación con enfoque interseccional, de género y psicosocial de las mujeres privadas de la libertad en el CEFERESO No. 16.

406. La Comisión Nacional hace patente que la emisión de una Recomendación, como en el presente caso, es el resultado de una investigación que acredita trasgresiones a derechos humanos, por lo que es importante distinguir que:

407. La determinación de responsabilidades por violaciones a derechos humanos que realizan los organismos públicos referidos en el artículo 102, apartado B constitucional es de naturaleza distinta a la que realizan los órganos jurisdiccionales que resuelven entre otras, sobre la responsabilidad penal y a los que se les reconoce la facultad exclusiva de la imposición de penas. Asimismo, es de naturaleza distinta a la función de la autoridad administrativa a la que compete determinar la responsabilidad por infracción a normas o reglamentos administrativos y que cuenta con la facultad de imponer sanciones.

408. Dado que el cumplimiento de una Recomendación, por su propia naturaleza no es exigible de manera coercitiva, su destinatario es el superior jerárquico de las instituciones o dependencias de adscripción de los servidores públicos responsables de las violaciones a derechos humanos. De esa manera se resalta que corresponde al titular de las instituciones o dependencias instruir la realización de las acciones de reparación a las víctimas y de investigación de los hechos para imponer las sanciones que correspondan y evitar que queden impunes.

409. Para que se investigue y, en su caso, se sancione a los servidores públicos responsables de violaciones a derechos humanos se deberá aportar la Recomendación como uno de los documentos base de la acción penal o la queja administrativa.

410. Con la emisión de una Recomendación se busca que las autoridades destinatarias realicen las acciones necesarias para evitar que se repitan las conductas indebidas.

411. La función preventiva ante la Comisión Nacional, tiene igual o incluso mayor valor que las sanciones penales o administrativas impuestas a los servidores públicos; pues al tiempo de evitar la impunidad, se busca generar una cultura de respeto y observancia de los derechos fundamentales y la convicción de que es factible y compatible la función asignada a los servidores públicos de todas las dependencias de gobierno y de todos los niveles, cumplir con las exigencias legales con un adecuado respeto a los derechos humanos.

G.1 RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

412. Si bien es cierto, AR2 y AR3 proporcionaron atención psicológica a V1, la misma resultó insuficiente al no poder atender de manera multidisciplinaria y eficaz los rasgos de ideación suicida desde los primeros momentos en los que presentó factores que presumían estado de alerta, en tanto no se garantizó a V1 su derecho a la protección a la salud mental desde un abordaje multidisciplinario a partir de su condición de discapacidad psicosocial, lo anterior al no recibir el tratamiento idóneo pese a la activación del Protocolo de Detección, omisión que tampoco advirtió AR1, como superior jerárquico de AR2 y AR3, al no supervisar sus actuaciones y verificar que estas atendieran a los más altos estándares nacionales e internacionales en beneficio de la salud mental, lo que en su conjunto implicó la transgresión a su

derecho a la protección a la salud en transversalidad con garantizar su acceso al más alto nivel posible de salud física y mental, reconocido en los artículos 1o. y 4o. de la CPEUM, así como artículos 9 fracción II, 74 y 76 fracción II de la LNEP.

413. Esta situación denostó que a pesar de las valoraciones psicológicas llevadas a cabo por AR2 y AR3, V1 se privó de la vida, implicando que AR2 y AR3 fueran incapaces de identificar los factores de riesgo en las mismas y de activar los factores de protección necesarios, traduciéndose en la omisión por parte de AR2 y AR3, para prevenir el riesgo suicida, además de la falta de un seguimiento adecuado del Protocolo de Detección, puesto que personal de las Áreas Médico y Psicológica deben llevar a cabo el seguimiento estricto de la persona que presente un nivel de riesgo suicida mediano y alto, en el cual detectaran comportamiento o sintomatología que representara el riesgo de la comisión de un acto suicida, inobservando lo establecido en el Protocolo de Detección, y por ende transgrede lo advertido en el artículo 33, de la LNEP.

414. Esta situación denostó que a pesar de la valoración psicológica llevada a cabo por AR18 y de la cual tuvo conocimiento AR19, V4 se privó de la vida, implicando que AR18 y AR19 fueran incapaces de identificar los factores de riesgo en las mismas y de activar los factores de protección necesarios, traduciéndose en la omisión por parte de AR18 y AR19, para prevenir el riesgo suicida, además de la falta de un seguimiento adecuado del Protocolo de Detección, puesto que personal de las Áreas Médico y Psicológica deben llevar a cabo el seguimiento estricto de la persona que presente un nivel de riesgo suicida mediano y alto, en el cual detectaran comportamiento o sintomatología que representara el riesgo de la comisión de un acto suicida, inobservando lo establecido en el Protocolo de Detección, y por ende transgrede lo advertido en el artículo 33, de la LNEP.

415. Ahora bien, AR1 como encargado de las Áreas Médico y Psicológica, y como se mencionó con anterioridad, tenía la obligación de supervisar que las actividades,

diagnósticos y valoraciones realizadas por esas áreas fueran idóneas en favor a la salud mental de V2, V3, V4, V5 y V8, toda vez que el hecho de advertir adecuadamente los hallazgos psicológicos en las víctimas conforme a su condición de discapacidad psicosocial, resultaba fundamental para la activación del Protocolo de Detección, por lo que al no llevarse a cabo, implicó en consecuencia, que no se pudiera garantizar una atención médica, psicológica y/o psiquiátrica integral a V2, V3 y V8, de acuerdo a lo establecido en los artículos 74 y 76 fracciones II y IV de la LNEP, en los que se precisa que la autoridad penitenciaria está obligada a otorgar el tratamiento adecuado mediante el diagnóstico oportuno de enfermedades agudas, crónicas y crónico-degenerativas, incluyendo las enfermedades mentales y con ello suministrar los medicamentos y terapias básicas necesarias para la atención médica de las personas privadas de la libertad.

416. En tanto la omisión generada por AR1, en su obligación de supervisar que el servicio otorgado por las personas servidores públicas a su cargo fuera el idóneo para salvaguardar la integridad física y el estado de salud de V1, V2, V3 V4, V5, y V8, transgredió lo establecido en los artículos 1o. y 4o. de la CPEUM, 9o. fracción II, 10 fracción IV, 74 y 76 fracción II de la LNEP.

417. Además, los decesos de V6, V7, V9, V10, V11, V12 y V13 implicaron que no solo existía un riesgo suicida, sino que el mismo fue materializado, lo cual atiende a una clara omisión en la detección oportuna de factores o indicios de ideación suicida por parte del Área Médica y de Psicología del CEFERESO NO.16, a cargo de AR1, lo que establece de igual manera, una responsabilidad por la transgresión a los artículos 9o. fracciones I y II, y 10 fracciones II, IV y V de la LNEP, en los cuales se contempla la atención médica y psicológica para todas las mujeres que se encuentran privadas de la libertad, con un deber reforzado, tratándose de mujeres con discapacidad psicosocial, en quienes, además se interceptaban otras condiciones y contextos que las colocaba en situación de riesgo y vulnerabilidad.

418. Ahora bien, de acuerdo a las facultades conferidas a AR4 como responsable y titular del CEFERESO No. 16, de conformidad con el artículo 16, fracción III de la LNEP, debió garantizar el cumplimiento de las leyes, reglamentos, manuales, instructivos, criterios, lineamientos o disposiciones aplicables, lo que no se hizo, toda vez que existe inobservancia de la LNEP, al no haber asegurado el cumplimiento del artículo 33 de esa legislación nacional respecto de que personal a su cargo acatara el Protocolo de Detección en beneficio de V1, V2 y V3; incumpliendo lo previsto en el artículo 18 fracción III de la LNEP, hecho que a su vez transgredió el derecho a la protección a la salud, a la seguridad jurídica y legalidad, a la integridad personal y a la vida y a la igualdad y no discriminación de dichas víctimas, con lo que se vulneró los artículos 9o. primer párrafo, 14 y 15 fracción I de la LNEP.

419. Respecto a la violación al derecho a la integridad personal y vida, y partiendo del supuesto de que las autoridades penitenciarias tienen la obligación de garantizar el derecho a la integridad personal y a la vida de las personas que se encuentran bajo su custodia, por el control o dominio que ejercen sobre ellos, máxime que presentaban posibles rasgos de conductas suicidas, se advierte que AR5, AR6 y AR9 tenían la obligación reforzada de garantizar en todo momento la vida e integridad personal de V1, derivado de que se encontraban a cargo del Módulo A, transgrediéndose lo establecido en los artículos 9o. fracción X, y 20 fracciones V y VII de la LNEP, marco normativo que protege esos derechos.

420. A su vez, AR10 y AR11, al encontrarse encargados del Módulo B, tenían la obligación de garantizar en todo momento la vida e integridad personal de V2; sin embargo, al no hacerlo, se corroboró la omisión en el deber de cuidado de la integridad y la vida en agravio de V2, por su parte AR14, como responsable del Módulo D, tenía la obligación reforzada de garantizar el cuidado del estado psicofísico de V4, lo que tampoco aconteció; de igual manera, AR15, como responsable del Módulo F, incumplió su deber reforzado de preservar la vida de V7, propiciándose que, la víctima contara con tiempo suficiente para privarse de la vida,

por lo que AR5, AR6, AR9, AR10, AR11, AR14 y AR15, en su conjunto transgredieron lo establecido en los artículos 9o. fracción X, y 20 fracciones V y VII de la LNEP, marco normativo que protege esos derechos.

421. Ahora bien, debe retomarse que derivado del orden cronológico en el que se han presentado los decesos de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13, se puede indicar que AR7, como superior jerárquico de AR5, AR6, AR9, AR10, AR11, AR14, AR15 y AR17, no solo ha inobservado la vigilancia reforzada de las mujeres privadas de la libertad, sino además de conformidad con el artículo 20 fracción II de la LNEP, al no implementar estrategias de custodia penitenciaria, que se enfocaran en la detección de posibles conductas y con ello informar sobre la necesidad de la implementación de acciones de seguridad y protección urgentes a las víctimas que desalentara su interacción con el suicidio y por tanto, la posible disminución de este tipo de sucesos en el centro penitenciario, ha denostado su escasa capacitación conforme a lo que se esperaba en el ejercicio de sus funciones y por tanto, es responsable, ante la tolerancia en este tipo de prácticas transgrediendo lo establecido en los artículos 1o., párrafo tercero y 18 párrafo segundo, de la CPEUM; 15, fracción I, 19 fracción II y 20, fracciones V y VII, de la LNEP.

422. En lo que respecta a la actuación de AR4 y AR16, derivado del número alto de decesos por suicidio cometidos en sus gestiones bajo un esquema de efecto dominó de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13, como encargadas, en distintos periodos, del CEFERESO No.16, estaban obligadas a supervisar las instalaciones de ese lugar de reclusión a fin de mantener la seguridad, tranquilidad e integridad de las personas privadas de la libertad, incumpliendo lo establecido en el artículo 14 de la LNEP, del mismo modo no ejecutaron las medidas de vigilancia óptimas y mecanismos de prevención con base en la implementación de acciones multidisciplinarias eficaces con enfoque de género e interseccional que mitigaran las comisión de más riesgos suicidas, omisiones que finalmente

concluyeron en más decesos, lo que transgredió los artículos 18 y 29, párrafo segundo de la CPEUM, así como 16 fracciones I y III en correlación al artículo 19 fracción II de la LNEP, por lo que no se garantizó el derecho humano a la vida, en su calidad de garantes, invisibilizando y omitiendo, además, la generación de ajustes razonables con base en su discapacidad psicosocial.

423. En lo que respecta a la falta de diligencia para investigar muertes potencialmente ilícitas de mujeres en reclusión, tenemos que AR8, derivado del deceso de V1, así como el inicio de la Carpeta de Investigación 1 por el Delito 1, era responsable de la integración de dicha indagatoria y toda vez que el 18 de marzo de 2022, se tuvo conocimiento que no obraban mayores actuaciones a las diligencias primarias en la investigación de la muerte de V1 y que ese momento, era AR12 quien ahora encontraba a cargo de la misma, es de establecer que AR8 no actuó en estricto apego al principio de exhaustividad, previsto en los artículos 1o. párrafo tercero, de la CPEUM, en correlación con los artículos 131, fracción XXIII y 212, párrafo segundo, del CNPP, lo que no sucedió.

424. Además, con base a los hallazgos advertidos en las Carpetas de Investigación 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8, se desprende que no se contempló una perspectiva de derechos humanos y de género en las investigaciones practicadas en dichas indagatorias, al inobservar los principios y directrices del Protocolo de Minnesota y del Protocolo de Perspectiva de Género, situación que impide la investigación exhaustiva respecto del fallecimiento de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8 y V10 sobre todo en relación a las omisiones cometidas por personal del CEFERESO No. 16 en el deber reforzado de máxima protección del derecho a la vida e integridad personal de V1, V2, V3, V4, V5, V6 V7, V8 y V10; en consecuencia, contemplar esta hipótesis conllevaría a determinar que AR12 y AR13 no han explorado otras líneas de investigación conforme al estándar de investigación con perspectiva de género y descartar la comisión de feminicidios y/o posibles ejecuciones extra legales, para determinar lo conducente sobre la responsabilidad

de personas servidoras públicas de ese establecimiento penitenciario en dichos sucesos y conocer la verdad sobre las causas de las muertes a fin de garantizar el derecho de acceso a la justicia en beneficio de VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7, VI8, VI9, VI10, VI11, VI12, VI13, VI14, VI15, VI16, VI17 y VI18, lo anterior también en estricto apego al principio de exhaustividad, previsto en los artículos 1o. párrafo tercero, de la CPEUM, en correlación con los artículos 131, fracción XXIII y 212, párrafo segundo, del CNPP, lo que no en suma, no ha ocurrido.

425. Finalmente, en lo que respecta al principio de inmediatez, en el caso de V1, se tiene conocimiento que la última diligencia realizada en la Carpeta de Investigación fue hecha el 21 de julio de 2021, toda vez que el 21 de marzo de 2023, se puso a la vista de personal de esta Comisión Nacional la citada indagatoria, en la que se observó que no había ninguna diligencia posterior al 21 de julio de 2021, sin líneas de investigación eficaces conforme a las directrices de su propio Protocolo y de los Protocolos Minnesota y de Perspectiva de Género, implicando una demora injustificada en llevar a cabo actuaciones eficaces para indagar sobre la verdad de los hechos y allegarse de datos de prueba suficiente, lo que implica una responsabilidad de AR12 por no atender con inmediatez el asunto, como se establece en el artículo 212 del CNPP, sin omitir mencionar, que a la fecha continúa sin determinarse.

426. Respecto a la Carpeta de Investigación 2, la última diligencia se llevó a cabo el 29 de julio de 2022, por lo que han pasado más de un año sin que obre otra actuación, para indagar sobre el suceso, aunado a que sigue sin determinarse por lo que AR12 también incurre en responsabilidad por el exceso en el plazo razonable para determinar la investigación, lo que repercute en el acceso a la justicia de las víctimas y las víctimas indirectas; además de la inobservancia a la debida diligencia en la investigación de muertes de mujeres conforme a las directrices establecidos en los Protocolos en la materia antes referidos.

G.2 RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

427. En principio cabe referir que las mujeres históricamente representan un sector estigmatizado y violentado institucional y socialmente, por lo cual, esta Institución Autónoma con base en sus facultades normativas conferidas en el artículo 5 fracción III de la LCNDH, contempla la emisión de recomendaciones públicas no vinculatorias, a través de las cuales busca que se atiendan violaciones a derechos humanos cometidas por autoridades, entre las cuales se encuentra la violencia ejercida contra la mujer.

428. En el caso del CEFERESO No. 16, con profunda preocupación, se evidencia a través de este Instrumento recomendatorio los graves efectos que la discriminación, invisibilización y falta de debida de diligencia en brindar una atención integral y multidisciplinaria hacia las mujeres privadas de la libertad ha ocasionado, con base en lo anterior, resulta necesario señalar que, el artículo 6 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), la cual prevé el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia, así como, de toda forma de discriminación, a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación, por lo cual se hace énfasis en que debe respetarse y garantizarse el acceso a una vida digna y segura para las mujeres privadas de la libertad, principalmente de quienes pertenecen a grupos de atención prioritaria, como lo son las mujeres con discapacidad psicosocial y de aquellas cuyos contextos pueden detonarles en cualquier momento un agravamiento en su salud mental.

429. En ese sentido, las omisiones detectadas en el CEFERESO No. 16, parten también de una tolerancia a la omisión en el deber de cuidado de mujeres privadas de la libertad que se encuentran en reclusión, la cual corrobora la violencia ejercida

institucionalmente a un sector históricamente vulnerado, puesto que la autoridad penitenciaria al inobservar las necesidades sociales, culturales, familiares, económicas y de salud de las mujeres privadas de la libertad, ha propiciado un ambiente en el cual el contexto penitenciario lejos del objetivo de la reinserción social, funge como un factor negativo que propicia, alienta e incide en conductas autolesivas que incluso, han derivado, como en los presentes casos, en la privación de la vida.

430. Como se ha abordado en el presente instrumento recomendatorio, tras violentar los derechos de protección a la salud en transversalidad a garantizar el más alto nivel de salud física y mental, seguridad jurídica y legalidad, integridad personal, a la vida, a la igualdad y no discriminación de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13, y el acceso a la justicia de VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7, VI8, VI9, VI10, VI11, VI12, VI13, VI14, VI15, VI16, VI17 y VI18, al alcance de estas transgresiones repercutió en la cotidianidad y vida de las víctimas, el contexto de sus núcleos familiares y redes de apoyo e inclusive en el modo de vida en reclusión de aquéllas que aún se encuentran en el CEFERESO No. 16, puesto que derivado de presenciar múltiples eventos suicidas, esto ha implicado una situación de trauma, desesperación e impotencia y que de no atender a nivel institucional los factores de riesgo, el clima emocional y las condiciones de vulnerabilidad social que imperan en el CEFERESO No. 16 es muy alta la probabilidad de que los eventos se repitan, lo que ya no puede ser tolerado a la luz de los estándares en materia de derechos humanos que deben prevalecer a favor de las mujeres en reclusión, con independencia de su condición jurídica, sino atendiendo a su dignidad humana.

431. De este modo, la CNDH a través de este Instrumento recomendatorio advierte que las autoridades responsables ya eran conocedoras de sus obligaciones estatales, incluso, de conformidad con la Recomendación 54/2022 solicitó la generación de acciones muy puntuales que dados los sucesos ocurridos dan

cuentan de que no han sido observados hasta la fecha, puesto que la actualización del Protocolo de Detección, no es un acto eficaz, si éste no está acompañado de su puntual observancia e implementación en todo momento, además, de que se siguen invisibilizando sus necesidades a partir de un enfoque diferenciado con respecto a la identificación de la discapacidad psicosocial de las mujeres privadas de la libertad en dicho Centro, que dados los escenarios y efectos que han propiciado las 13 muertes, implican necesariamente la implementación de estrategias y ajustes razonables urgentes, dado que la detonación de padecimientos mentales transitorios o permanentes pueden irse desarrollando cada vez más, ante la falta de respuestas eficaces que aunado a la restricción de servicios básicos, terapéutica, de rehabilitación y de su falta de interacción familiar, puede propiciar otros escenarios similares, infligiendo en la población femenil sufrimientos mentales diferenciados a partir de cómo están viviendo la reclusión, lo que puede implicar responsabilidades estatales conforme a la tolerancia de estos posibles actos, que pueden llegar a constituirse en actos de tortura por discriminación.

432. Esta Comisión Nacional se ha pronunciado múltiples veces por la progresividad de los derechos humanos de las personas que se encuentran privadas de la libertad, por lo cual el presente instrumento recomendatorio, no solo reitera la importancia de establecer como sociedad mejoras institucionales, sino que categóricamente rechaza la inobservancia a las necesidades particulares de la sociedad y en específico de las mujeres privadas de la libertad, máxime de quienes además, pertenecen a grupos en mayor situación de vulnerabilidad.

433. El olvido evidente por parte del Estado en las necesidades diferenciadas a partir de un enfoque psicosocial de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13 refleja las desigualdades institucionales y estructurales que han afectado históricamente a las mujeres privadas de la libertad, toda vez que no se han efectuado acciones progresivas en su beneficio que favorezcan a la dignificación de

su vida en reclusión a partir de un modelo penitenciario alejado de una visión androcéntrica y patriarcal, que prevengan las múltiples discriminaciones asociadas a su género, que propicien un cambio significativo en cómo viven la reclusión, a fin de evitar que más mujeres pierdan la vida en contextos de reclusión, ante la ausencia de escenarios alentadores que promuevan eficazmente su reinserción social.

434. Es así que, el sistema penitenciario federal debe actuar de forma diligente y repensar las estrategias y acciones encaminadas a favorecer a las mujeres en reclusión, de manera que se evite replicar conductas autolesivas y contextos violentos en su agravio, en tanto que, la progresividad de los derechos humanos no admite regresión alguna, más aún, cuando el Estado en su calidad de garante está obligado a activar todos los mecanismos que propicien la máxima protección de los derechos humanos de las mujeres privadas de la libertad.

435. La reinserción social es un objetivo general que solo será alcanzado por la participación y responsabilidad de las instituciones de ese Estado de la República, de acuerdo con la LNEP deberán plantear acciones encaminadas a cumplir con los ejes rectores, garantizando los derechos humanos y abordando una perspectiva interseccional.

436. En el presente caso, esta CNDH considera procedente la reparación integral del daño ocasionado a las víctimas acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, además, este Organismo Nacional toma la determinación de seguir con las investigaciones de los casos pendientes y, de ser el caso, que se sigan presentando, hasta su total integración, y una vez concluida la investigación, en aquellos casos en donde se acrediten violaciones graves a los derechos humanos de las víctimas, con fundamento en la fracción IV, del artículo 110 de la LGV se emitirán los nuevos reconocimientos de su carácter de víctimas, y éstas gozarán de

las mismas garantías y derechos señalados en el presente instrumento recomendatorio para las víctimas reconocidas expresamente.

H. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

437. 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 y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, 108 y 109 de la CPEUM; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional, y 65 inciso c) de la LGV, que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas 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.

438. Los artículos 18, 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, en su conjunto consideran que para garantizar a las victimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

439. Al respecto, la CrIDH ha indicado que la reparación es un término genérico que comprende las diferentes maneras como un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido. Por ello, la reparación comprende diversos modos específicos de reparar que varían según la lesión producida. En este sentido, dispone que las reparaciones que se establezcan deben guardar relación con las violaciones declaradas.

440. En ese tenor, a fin de que la autoridad esté en posibilidad de dar cumplimiento a la presente Recomendación y calificar el propio cumplimiento de cada uno de los puntos recomendatorios, a continuación, se puntualiza la forma en que podrán acatarse.

a) MEDIDAS DE REHABILITACIÓN

441. El artículo 27, fracción II, de la LGV establece que la medida de rehabilitación busca facilitar a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos.

442. En un término no mayor a 3 meses, el OADPRS en colaboración con la CEAV deberá otorgar a VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7, VI8, VI9, VI10, VI11, VI12, VI13, VI14, VI15, VI16, VI17 y VI18 de así requerirlo, la atención médica, psicológica, psiquiátrica y/o tanatológica por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, acorde a sus necesidades específicas hasta alcanzar su máximo beneficio. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento y especificidades de edad y género. También, en caso de no ser su voluntad acudir en este momento, se les deberá de dejar cita abierta a fin de que reciban dicha atención cuando así lo

determine o desee retomarla; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b) MEDIDAS DE COMPENSACIÓN

443. El artículo 27, párrafo III, de la LGV establece que la compensación ha de otorgarse a la víctima de forma apropiada y proporcional a la gravedad del hecho punible cometido o de la violación de derechos humanos sufrida, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso; y se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos; el daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: [...] tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia[69].

444. La compensación debe otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida por las víctimas, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Esta incluye los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, como el daño moral, lucro cesante, la pérdida de oportunidades, los daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenido de los hechos violatorios de derechos humanos.

445. Para ello, el OADPRS deberá colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13 así como de

[69] "Caso Bulacio Vs, Argentina", Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), párr. 90.

VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7, VI8, VI9, VI10, VI11, VI12, VI13, VI14, VI15, VI16, VI17 y VI18 a través de la noticia de hechos que se realice por ese Órgano con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que esta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7, VI8, VI9, VI10, VI11, VI12, VI13, VI14, VI15, VI16, VI17 y VI18 que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio primero.

c) MEDIDAS DE SATISFACCIÓN

446. El artículo 27 fracción IV de la LGV establece que la medida de satisfacción busca reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas, la cual se puede realizar mediante el inicio de las investigaciones administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de las violaciones de derechos humanos.

447. En ese sentido, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al OADPRS, colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR9, AR10, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18 y AR19 adscritas al CEFERESO No. 16, o de quienes resulten responsables, ante el Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones del Órgano Interno de Control Especializado en Investigación en el Ramo de Seguridad y Protección Ciudadana de la Secretaría de la Función Pública, por los hechos y omisiones indicados en el presente instrumento recomendatorio, para que se dé inicio a la investigación e integre el expediente administrativo que,

en su caso, proceda por posibles conductas irregulares de carácter administrativo de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Responsabilidades Administrativas; y en su momento, se establezcan las responsabilidades correspondientes, sirviendo de apoyo la información y análisis vertido en esta Recomendación; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero dirigido al titular del OADPRS.

448. Tocante a la Fiscalía General del Estado de Morelos, colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presente en contra de AR8, AR12 y AR13, adscritos a esa representación social, por faltar al principio de exhaustividad, al exceso en el plazo razonable y la omisión de investigar con perspectiva de género la muerte de mujeres, a fin de descartar la comisión de feminicidios, conforme a los más estándares internacionales y nacionales en la integración y determinación de las Carpetas de Investigación 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 10 o de quien o quienes resulten responsables, ante la Contraloría Interna de la Fiscalía Estatal, por los hechos y omisiones indicadas en el presente instrumento recomendatorio, para que se dé inicio a la investigación e integre el expediente administrativo que, en su caso, proceda por posibles conductas irregulares de carácter administrativo, de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Responsabilidades Administrativas y la Ley Orgánica de la Fiscalía General del Estado de Morelos, sirviendo de apoyo la información y análisis vertido en esta Recomendación; ello en cumplimiento al punto recomendatorio primero dirigido a la Fiscalía Estatal.

449. Así también, la Fiscalía General del Estado de Morelos deberá remitir copia de la presente Recomendación para que se integre en las Carpetas de Investigación 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 a fin de que se tomen en cuenta los hallazgos vertidos en el presente instrumento recomendatorio, sobre la existencia de una

omisión de las personas servidoras públicas adscritas al CEFERESO No. 16 con su deber reforzado de proteger y garantizar la salud, la integridad personal, la seguridad y la vida de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13 lo que derivó en su fallecimiento, con el objeto de que se determine a la brevedad si hubo alguna conducta constitutiva de algún delito, derivado de un ejercicio ilícito de servicio público u otro, por parte de las autoridades penitenciarias señaladas como responsables y de ser el caso, se resuelva con inmediatez lo conducente; ello en cumplimiento al punto recomendatorio segundo dirigido a la Fiscalía Estatal.

450. En un plazo no mayor a 3 meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá realizar una análisis técnico jurídico por parte del área competente de esa Fiscalía, con base en lo expuesto en este Instrumento recomendatorio, que permita identificar todas aquellas actuaciones faltantes y pertinentes, a fin de invocar su realización que admitan la obtención de pruebas y evidencias eficaces por parte del personal ministerial a cargo de las carpetas de investigación adscritos a la Fiscalía Especializada para la Investigación y Persecución del Delito de Feminicidio, a fin de re dirigir las investigaciones conforme lo que estipula el artículo 212 del CNPP, en los principios y directrices que contiene el Protocolo de Minnesota durante la investigación de muertes potencialmente ilícitas, el Modelo de Protocolo Latinoamericano de Investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género (feminicidio/feminicidio); así como, en el Protocolo de Investigación Ministerial Policial y Pericial con Perspectiva de Género para el Delito de Feminicidio de la Fiscalía General de la República a fin de conducir las investigaciones de referencia en armonización a lo estipulado en el Protocolo de Investigación del Delito de Feminicidio de esa Fiscalía, a fin de que, se determinen diligentemente, tras la exhaustividad de sus actuaciones, conforme a una perspectiva de género e interseccional que permita esclarecer la verdad de los hechos y garantice el pronto acceso a la justicia a las víctimas y víctimas indirectas. Al respecto, se deberá enviar a este Organismo las pruebas que acrediten los

avances de su cumplimiento de acuerdo con el punto tercero recomendatorio dirigido a esa Fiscalía.

d) MEDIDAS DE NO REPETICIÓN

451. Conforme a los artículos 44, párrafo segundo y 72 de la LCNDH, consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y prevenir o evitar actos de la misma naturaleza, por lo que toda autoridad del Estado debe adoptar las medidas legales, administrativas, legislativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de estos derechos, contemplando inclusive, la educación, de modo prioritario y permanente, de todos los sectores de la sociedad respecto de los derechos humanos y la capacitación en esta materia de los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, así como la promoción de la observancia de los códigos de conducta y de las normas éticas, en particular los definidos en normas internacionales de derechos humanos y de protección a los derechos humanos, por los funcionarios públicos incluido el personal de los establecimientos penitenciarios.

452. En esa tesitura, el artículo 27, fracción V, de la LGV establece que las medidas de no repetición buscan que la violación de derechos sufrida por la víctima no vuelva a ocurrir. Por su parte, los artículos 18 y 23 incisos e) y f) 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"* de las Naciones Unidas, así como en los diversos criterios sostenidos por la CrIDH, se advierte que para garantizar la reparación proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir las garantías de no repetición de hechos violatorios de derechos humanos por parte de las personas servidoras públicas de los establecimientos penitenciarios.

453. En virtud de lo anterior, con el fin de cumplir con el mandato constitucional estipulado en los artículos 1o., 4o. y 18, deben realizarse acciones preventivas encaminadas a evitar la repetición de tales conductas en personas privadas de su libertad, por lo que es importante que el OADPRS:

a) En un término no mayor a 3 meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se conforme un grupo multidisciplinario integrado por especialistas de instituciones de atención a la salud mental, de atención a las adicciones, de criminología, trabajo social, antropología social, del Instituto Nacional de las Mujeres, de la Defensoría Pública Federal, de la Cruz Roja Internacional, entre otras, a fin de que se realice un diagnóstico integral que identifique todos los factores posibles que están propiciando los acontecimientos de suicidio en el CEFERESO No.16 a través de una visión con perspectiva psicosocial, de género, interseccional y de antropología social, como el que sirvió de base para este instrumento recomendatorio, con el objetivo de que se diseñen y ejecuten acciones afirmativas y de ajustes razonables dentro de ese mismo plazo, que permitan que las mujeres privadas de la libertad accedan de manera eficaz al goce y ejercicio de los derechos fundamentales que les han sido reconocidos en la normatividad nacional e internacional, basados a partir de un enfoque diferencial y psicosocial, principalmente en su derecho al trato digno y a la igualdad y no discriminación, tomando en cuenta sus condiciones de vulnerabilidad social y la desigualdad estructural en las que se han desenvuelto a través de la historia y a la condición de discapacidad psicosocial que se identifique en cada una de ellas, con el objetivo de atender los impactos diferenciados por razones de género de los que han sido víctimas durante su vida en reclusión, a fin de dar cumplimiento al punto cuarto del presente instrumento recomendatorio, mismas que deben incluir de manera enunciativa mas no limitativa:

- La realización de una jornada de atención a la salud mental urgente conformada por especialistas en la materia, dirigida a las mujeres privadas de la libertad que de manera individualizada les garantice la confidencialidad de sus diagnósticos y las estrategias de contención y catarsis dado el estado emocional en el que se encuentren, sus contextos, y/o la gravedad en sus padecimientos mentales; así como, la detección de necesidades de atención específicas, médicas y terapéuticas que se les debe brindar a partir de la identificación de posibles conductas de riesgo suicida o factores de riesgo asociados a la detonación de dichas conductas.

- Diseño de un plan estratégico integral de atención a la salud mental dirigido a la población penitenciaria femenil del CEFERESO No. 16, que prevea fases de actuación a corto, mediano y largo plazo, con un enfoque diferencial, especializado y transformador que contemple las necesidades diferenciadas y particulares de las mujeres privadas de la libertad, tomando en cuenta los contextos en el que se han desenvuelto a lo largo de sus vidas y la situación emocional por la que atraviesan durante su vida en reclusión, para lo cual deberá contemplarse que la privación de la libertad *per se* causa un desequilibrio psicoemocional, lo que se potencializa cuando son sujetas de desigualdades para el acceso a derechos estando en reclusión.

- El mejoramiento del clima emocional al interior del CEFERESO No. 16, a través de actividades grupales y frecuentes que abonen positivamente a la salud mental, sobre todo de canalización de sus emociones.

- Incorporar y ejecutar mayores actividades y dinámicas recreativas, artísticas y ocupacionales lo más frecuente posible, al menos cada mes y se fomente e incentive la participación de la población penitenciaria.

- Pláticas grupales al menos cada mes sobre la importancia de participar en actividades que les permitan conseguir una reinserción social efectiva y tener un proyecto de vida.

- Diseño y ejecución de programas y estrategias de vinculación con el exterior y de acercamiento con su red de apoyo, de manera presencial y mediante videollamadas.

- Se actualice la frecuencia con la que pueden realizar llamadas telefónicas, a través de un plan de comunicación periódico que incluya estrategias que admitan que puedan sostener comunicaciones efectivas con sus familiares, hijos e hijas o defensa, incluyéndose un aumento en el tiempo de la duración de éstas.

- Dicho Plan de comunicación periódico, debe incluir, además, la reactivación de los mecanismos de comunicación que permitan que las mujeres, principalmente provenientes de otros centros y/o que por alguna razón no reciben visitas, puedan acceder a videollamadas y televisitas con sus familiares, hijas e hijos y/o con su red de apoyo, en los casos en los que, por la lejanía de sus domicilios, situación económica, de salud u otras causas asociadas no puedan visitarlas.

- Las acciones que se adopten con base en las medidas recomendatorias, deben ser acordes a lo establecido en los más altos estándares internacionales en la materia que no admiten regresividad, limitaciones o restricciones en la toma de decisiones a favor de proteger y garantizar los derechos humanos de las mujeres en reclusión, en especial, las estipuladas en las Reglas Mandela y Bangkok, particularmente, respecto de propiciar y fomentar el vínculo y contacto con el exterior, con sus hijas e hijos, al acceso

a un plan de actividades integrales, a su derecho al máximo acceso a los servicios de salud diferenciados y con perspectiva de género y a no generar injerencias arbitrarias que vulneren sus derechos a la integridad personal y a la vida y al acceso a servicios básicos e insumos en cantidad y calidad suficientes que posibiliten su calidad de vida en reclusión.

b) En un plazo no mayor a 3 meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se realicen las acciones necesarias a fin de que en el CEFERESO No. 16, se asignen de manera permanente especialistas para la atención de la salud mental de la población penitenciaria femenil de manera que, ante los acontecimientos ocurridos y de prevenir futuros, se asegure la permanencia de 24 horas de aquellos, a fin de que haya una evaluación constante del clima emocional que prevalece en el CEFERESO No. 16 y previa identificación de las mujeres privadas de la libertad con discapacidad psicosocial, y de quienes adviertan comportamientos de riesgo, se les atienda con inmediatez a fin de disuadir sus pensamientos negativos y en su caso, activar los factores protectores necesarios y canalizarlas al área que corresponda para evitar que atenten contra su integridad física; a la par, del reforzamiento en la asignación de mayor personal de Seguridad y Custodia, a efecto de que la falta de recurso humano, no sea un factor determinante para salvaguardar en todo momento la integridad física de la población penitenciaria, a fin de dar cumplimiento al punto quinto del presente instrumento recomendatorio.

c) En un término no mayor a 6 meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se lleven a cabo las acciones necesarias para fortalecer la coordinación interinstitucional, de conformidad con el artículo 7o. de la LNEP, con Instituciones de Salud Federales o del Estado de Morelos, que atiendan temas de salud mental y de adicciones que se concreten convenios con perspectiva de género, a fin de que coadyuven en la generación de programas de prevención tendientes a disminuir los factores que propician posibles conductas de riesgo suicida en beneficio

de mujeres privadas de la libertad en el CEFERESO No. 16 así como en proporcionar abordaje terapéutico y tratamiento integral de quienes han sido identificadas con alteraciones en el bienestar emocional, psicológico y social, que incluya campañas trimestrales de detección y las vías o métodos de canalización para su atención, ello a fin de dar cumplimiento al punto sexto recomendatorio.

d) En un término no mayor a 3 meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se diseñe una propuesta de adecuación al Protocolo de Detección e Intervención de la Conducta y Riesgo Suicida en Personas Privadas de la Libertad en Centros Penitenciarios Federales, en el que se agregue un apartado específico para las acciones y medidas que se deben ejecutar en beneficio de mujeres privadas de la libertad con riesgo suicida, con perspectiva de género e interseccional que contemple el tipo de atención multidisciplinaria que deben recibir atendiendo a sus necesidades particulares, en el que se contemple abatir los factores coincidentes que de acuerdo a la Opinión de Antropología Social que emitió personal de esta Comisión Nacional, detonaron en el suicidio de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8, y por ende de V9, V10, V11, V12 y V13, como lo son las omisiones en la solicitud de atención y de los servicios, el distanciamiento con las redes familiares y las redes sociales en riesgo en el contexto privativo de la libertad. Además, deberá considerarse un programa de valoraciones psicológicas periódicas a fin de detectar, no solo en el ingreso, sino durante la vida en reclusión a personas con riesgo suicida, y el procedimiento a seguir para su atención multidisciplinaria inmediata e integral y una vez hecho lo anterior, se presente ante la Conferencia Nacional del Sistema Penitenciario y en caso de ser aprobada se ejecute a cabalidad. De no aceptarse, crear un Manual de operación bajo los mismos parámetros descritos con anterioridad para que se aplique específicamente para el CEFERESO No. 16, a fin de dar cumplimiento al punto séptimo recomendatorio.

e) En un plazo no mayor a 6 meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, y, en tanto se propone y autoriza la actualización del Protocolo “Detección e Intervención de la conducta y riesgo suicida en personas privadas de la libertad en Centros Penitenciarios Federales”, se capacite mediante cursos al personal directivo y de las áreas de Psicología, Médica, Trabajo Social y de Seguridad y Custodia del CEFERESO No. 16, en particular a AR1, AR2, AR3, AR5, AR6, AR7, AR9, AR10, AR11, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18 y AR19, respectivamente, en caso de seguir activos en dicho establecimiento penitenciario, sobre las acciones que deben ejecutar de acuerdo a sus atribuciones y funciones asignadas en el Protocolo, mismo que deberá adecuarse en atención a la población que alberga ese lugar y sus necesidades específicas para lograr la aplicación adecuada y oportuna de esos lineamientos, con el objetivo de disminuir la posibilidad de que cometan la conducta y se priven de la vida, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos y especializados en el abordaje y tratamiento a las personas con discapacidad psicosocial; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias, a fin de dar cumplimiento al punto octavo del presente instrumento recomendatorio.

f) En un plazo no mayor a 6 meses, se brinden talleres de manejo de sus emociones para la población penitenciaria femenil, en los que se les otorguen técnicas idóneas para tales efectos, y se les transmita la importancia del autocuidado y autovalor, con el objetivo de disminuir la posibilidad de que cometan posibles conductas autolesivas y de riesgo suicida y que propicie su interacción con sus demás compañeras libres de cualquier contexto de violencia, tolerancia y empatía, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de propiciar y fomentar una cultura de paz del Estado mexicano.

El curso deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en la materia; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias, a fin de dar cumplimiento al punto noveno del presente instrumento recomendatorio.

g) En un término no mayor a 6 meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se fortalezcan las acciones necesarias para concretar el contacto y la firma de convenios con empresas privadas del Estado de Morelos que ofrezcan actividad laboral remunerada a las mujeres privadas de la libertad, a fin de que durante su tiempo en reclusión puedan satisfacer su necesidad de ser proveedoras, sobre todo, aquéllas quienes tienen hijos o hijas o personas dependientes económicos que se encuentran en el exterior, con el propósito de favorecer a su reinserción social y que ello pueda abonar a su tranquilidad psicoemocional, al disminuir sentimientos de frustración, enojo y desesperación al sentirse imposibilitadas para abonar en el sustento de aquellos. Para ello, también deberá establecerse coordinación interinstitucional con la Secretaría del Trabajo de esa entidad federativa a fin de que, a través de reuniones y mesas de trabajo, se diseñen y ejecuten estrategias para el cumplimiento de dicho fin, para así, dar cumplimiento al punto décimo del presente instrumento recomendatorio.

454. Todo lo anterior, es importante que se lleve a cabo en coordinación con las autoridades corresponsables señaladas en la LNEP, para lo cual se deberán implementar acciones a efecto de cumplir y garantizar a favor de las mujeres privadas de la libertad, los 5 ejes señalados en el artículo 18 de la Constitución Federal, entre estos, a la educación, al deporte, a la cultura, a la capacitación y al trabajo en transversalidad en garantizar el máximo acceso al más alto nivel posible en la salud física y mental de las mujeres con base en el respeto y protección a sus derechos humanos.

455. Así también la Fiscalía General deberá:

456. En un plazo no mayor a 6 meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, capacitar a través de cursos al personal ministerial adscritos a la Fiscalía Especializada para la Investigación y Persecución del Delito de Feminicidio, en particular a AR8, AR12 y AR13, sobre la relevancia de dirigir las investigaciones conforme lo que estipula el artículo 212 del CNPP, así como de considerar el conjunto de principios y directrices que contiene el Protocolo de Minnesota durante la investigación de muertes potencialmente ilícitas, el Modelo de Protocolo Latinoamericano de Investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género (feminicidio/feminicidio); así como, en el Protocolo de Investigación Ministerial Policial y Pericial con Perspectiva de Género para el Delito de Feminicidio de la Fiscalía General de la República y conducir la investigación conforme a lo estipulado en el Protocolo de Investigación del Delito de Feminicidio para la Fiscalía General del Estado de Morelos, bajo una óptica de perspectiva de género e interseccional, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de que las investigaciones ministeriales por muertes de mujeres, se realicen conforme a los más altos estándares internacionales y nacionales en la materia a fin de confirmar o descartar la posible comisión de feminicidios en contextos de reclusión. El curso deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos y certificado en la aplicación de los estándares y Protocolos en la materia; en el que se incluyan los programas, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Hecho lo anterior, se envíe pruebas de su cumplimiento a este Organismo Nacional a fin de dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto dirigido a la Fiscalía Estatal.

457. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición previamente descritas, constituyen una oportunidad para que las autoridades en el respectivo ámbito de sus competencias puedan fortalecer una

sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, en consecuencia, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía, así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

458. Con base en lo expuesto, esta Comisión Nacional se permite formular respetuosamente, a usted Comisionado del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social, así como al Fiscal General del Estado de Morelos las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

A USTED SEÑOR COMISIONADO DEL ÓRGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCIÓN Y READAPTACIÓN SOCIAL:

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13 así como de VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7, VI8, VI9, VI10, VI11, VI12, VI13, VI14, VI15, VI16, VI17 y VI18 a través de la noticia de hechos que ese Órgano realice a la CEAV, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que esta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7, VI8, VI9, VI10, VI11, VI12, VI13, VI14, VI15, VI16, VI17 y VI18, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV, y envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En un término no mayor a 3 meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, el OADPRS en colaboración con la CEAV deberá otorgar a VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7, VI8, VI9, VI10, VI11, VI12, VI13, VI14, VI15, VI16, VI17 y VI18, la atención médica, psicológica, tanatológica y/o psiquiátrica por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, acorde a sus necesidades específicas hasta alcanzar su máximo beneficio. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento y especificidades de edad y género. También, en caso de no ser su voluntad acudir en este momento, se les deberá de dejar cita abierta a fin de que reciban dicha atención cuando así lo determine o desee retomarla, y envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR9, AR10, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18 y AR19 adscritas al CEFERESO No. 16, o de quien o quienes resulten responsables, ante el Área de Quejas, Denuncias e Investigaciones del Órgano Interno de Control Especializado en Investigación en el Ramo de Seguridad y Protección Ciudadana de la Secretaría de la Función Pública, por los hechos y omisiones indicados en el presente instrumento recomendatorio, para que se dé inicio a la investigación e integre el expediente administrativo que, en su caso, proceda por posibles conductas irregulares de carácter administrativo de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Responsabilidades Administrativas; y en su momento, se establezcan las responsabilidades correspondientes, sirviendo de apoyo la información y análisis vertido en esta Recomendación, y envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite dicha colaboración.

CUARTA. En un término no mayor a 3 meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se conforme un grupo multidisciplinario integrado por especialistas de instituciones de atención a la salud mental, de atención a las adicciones, de criminología, trabajo social, antropología social, del Instituto Nacional de las Mujeres, de la Defensoría Pública Federal y de la Cruz Roja Internacional, a fin de que se realice un diagnóstico integral que identifique todos los factores posibles que están propiciando los acontecimientos de suicidio en el CEFERESO No.16 a través de una visión con perspectiva psicosocial, de género, interseccional y de antropología social, como el que sirvió de base para este instrumento recomendatorio, con el objetivo de que se diseñen y ejecuten acciones afirmativas y de ajustes razonables dentro de ese mismo plazo, que permitan que las mujeres privadas de la libertad accedan de manera eficaz al goce y ejercicio de los derechos fundamentales que les han sido reconocidos en la normatividad nacional e internacional, basados a partir de un enfoque diferencial y psicosocial, principalmente en su derecho al trato digno y a la igualdad y no discriminación, tomando en cuenta sus condiciones de vulnerabilidad social y la desigualdad estructural en las que se han desenvuelto a través de la historia y a la condición de discapacidad psicosocial que se identifique en cada una de ellas, con el objetivo de atender los impactos diferenciados por razones de género de los que han sido víctimas durante su vida en reclusión, mismas que deben incluir de manera enunciativa mas no limitativa:

- La realización de una jornada de atención a la salud mental urgente conformada por especialistas en la materia, dirigida a las mujeres privadas de la libertad que de manera individualizada les garantice la confidencialidad de sus diagnósticos y las estrategias de contención y catarsis dado el estado emocional en el que se encuentren, sus contextos, y/o la gravedad en sus padecimientos mentales; así como, la detección de necesidades de atención específicas, médicas y terapéuticas que se les debe brindar a partir de la

identificación de posibles conductas de riesgo suicida o factores de riesgo asociados a la detonación de dichas conductas.

- El Diseño de un plan estratégico integral de atención a la salud mental dirigido a la población penitenciaria femenil del CEFERESO No. 16, que prevea fases de actuación a corto, mediano y largo plazo, con un enfoque diferencial, especializado y transformador que contemple las necesidades diferenciadas y particulares de las mujeres privadas de la libertad, tomando en cuenta los contextos en el que se han desenvuelto a lo largo de sus vidas y la situación emocional por la que atraviesan durante su vida en reclusión, para lo cual deberá contemplarse que la privación de la libertad *per se* causa un desequilibrio psicoemocional, lo que se potencializa cuando son sujetas de desigualdades para el acceso a derechos estando en reclusión.

- El mejoramiento del clima emocional al interior del CEFERESO No. 16, a través de actividades grupales y frecuentes que abonen positivamente a la salud mental, sobre todo de canalización de sus emociones.

- Incorporar y ejecutar mayores actividades y dinámicas recreativas, artísticas y ocupacionales lo más frecuente posible, al menos cada mes y se fomente e incentive la participación de la población penitenciaria.

- Pláticas grupales al menos cada mes sobre la importancia de participar en actividades que les permitan conseguir una reinserción social efectiva y tener un proyecto de vida.

- Diseño y ejecución de programas y estrategias de vinculación con el exterior y de acercamiento con su red de apoyo, de manera presencial y mediante videollamadas.

- Se actualice la frecuencia con la que pueden realizar llamadas telefónicas, a través de un plan de comunicación periódico que incluya estrategias que admitan que puedan sostener comunicaciones efectivas con sus familiares, hijos e hijas, su red de apoyo y/o su defensa, incluyéndose un aumento en el tiempo de la duración de éstas.

- Dicho Plan de comunicación periódico, debe incluir, además, la reactivación de los mecanismos de comunicación que permitan que las mujeres, principalmente provenientes de otros centros y/o que por alguna razón no reciben visitas, puedan acceder a videollamadas y televisitas con sus familiares, hijas e hijos y/o con su red de apoyo, en los casos en los que, por la lejanía de sus domicilios, situación económica, de salud u otras causas asociadas no puedan visitarlas.

QUINTA. En un plazo no mayor a 3 meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se realicen las acciones necesarias a fin de que en el CEFERESO No. 16, se asignen de manera permanente especialistas para la atención de la salud mental de la población penitenciaria femenil de manera que, ante los acontecimientos ocurridos y de prevenir futuros, se asegure la permanencia de 24 horas de aquellos, a fin de que haya una evaluación constante del clima emocional que prevalece en el CEFERESO No. 16 y previa identificación de las mujeres privadas de la libertad con discapacidad psicosocial, y de quienes adviertan comportamientos de riesgo, previa manifestaciones de su voluntad, se les atienda con inmediatez a fin de disuadir sus pensamientos negativos y en su caso, activar los factores protectores necesarios y canalizarlas al área que corresponda para evitar que atenten contra su integridad física; a la par, de la realización de acciones para el reforzamiento en la asignación de mayor personal de Seguridad y Custodia, a efecto de que la falta de recurso humano, no sea un factor determinante para salvaguardar

en todo momento la integridad física de la población penitenciaria. Hecho lo anterior, se envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. En un término no mayor a 6 meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se lleven a cabo las acciones necesarias para fortalecer la coordinación interinstitucional, de conformidad con el artículo 7o. de la LNEP, con Instituciones de Salud Federales o del Estado de Morelos, que atiendan temas de salud mental y de adicciones que se concreten convenios con perspectiva de género, a fin de que coadyuven en la generación de programas de prevención tendientes a disminuir los factores que propician posibles conductas de riesgo suicida en beneficio de mujeres privadas de la libertad en el CEFERESO No. 16 así como en proporcionar abordaje terapéutico y tratamiento integral de quienes han sido identificadas con alteraciones en el bienestar emocional, psicológico y social, que incluya campañas trimestrales de detección y las vías o métodos de canalización para su atención. Hecho lo anterior, se envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. En un término no mayor a 3 meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se diseñe una propuesta de adecuación al Protocolo de Detección e Intervención de la Conducta y Riesgo Suicida en Personas Privadas de la Libertad en Centros Penitenciarios Federales, en el que se agregue un apartado específico para las acciones y medidas que se deben ejecutar en beneficio de mujeres privadas de la libertad con riesgo suicida, con perspectiva de género e interseccional que contemple el tipo de atención multidisciplinaria que deben recibir atendiendo a sus necesidades particulares, en el que se contemple abatir los factores coincidentes que de acuerdo a la Opinión de Antropología Social que emitió personal de esta Comisión Nacional, detonaron en el suicidio de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8, y por ende de V9, V10, V11, V12 y V13, como lo son las omisiones en la solicitud

de atención y de los servicios, el distanciamiento con las redes familiares y las redes sociales en riesgo en el contexto privativo de la libertad. Además, deberá considerarse un programa de valoraciones psicológicas periódicas a fin de detectar, no solo en el ingreso, sino durante la vida en reclusión a personas con riesgo suicida, y el procedimiento a seguir para su atención multidisciplinaria inmediata e integral y una vez hecho lo anterior, se presente ante la Conferencia Nacional del Sistema Penitenciario y en caso de ser aprobada se ejecute a cabalidad. De no aceptarse, crear un Manual de operación bajo los mismos parámetros descritos con anterioridad para que se aplique específicamente para el CEFERESO No. 16. Hecho lo anterior, se envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

OCTAVA. En un plazo no mayor a 6 meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, y, en tanto se propone y autoriza la actualización del Protocolo “Detección e Intervención de la conducta y riesgo suicida en personas privadas de la libertad en Centros Penitenciarios Federales”, se capacite mediante cursos al personal directivo y de las áreas de Psicología, Médica. Trabajo Social y de Seguridad y Custodia del CEFERESO No. 16, en particular a AR1, AR2, AR3, AR5, AR6, AR7, AR9, AR10, AR11, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18 y AR19 respectivamente, en caso de seguir activos en dicho establecimiento penitenciario, sobre las acciones que deben ejecutar de acuerdo a sus atribuciones y funciones asignadas en el Protocolo, mismo que deberá adecuarse en atención a la población que alberga ese lugar y sus necesidades específicas para lograr la aplicación adecuada y oportuna de esos lineamientos, con el objetivo de disminuir la posibilidad de que cometan la conducta y se priven de la vida, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos y especializados en el abordaje y tratamiento a las personas con

discapacidad psicosocial; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Hecho lo anterior, se envíe a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

NOVENA. En un plazo no mayor a 6 meses, se brinden talleres de manejo de sus emociones para la población penitenciaria del CEFERESO No. 16, en los que se les otorguen técnicas idóneas para tales efectos, y se les transmita la importancia del autocuidado y autovalor, con el objetivo de disminuir la posibilidad de que cometan posibles conductas autolesivas y de riesgo suicida y que propicie su interacción con sus demás compañeras libres de cualquier contexto de violencia, tolerancia y empatía, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de propiciar y fomentar una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en la materia; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Hecho lo anterior, se envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

DÉCIMA. En un término no mayor a 6 meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se fortalezcan las acciones necesarias para concretar el contacto y la firma de convenios con empresas privadas del Estado de Morelos que ofrezcan actividad laboral remunerada a las mujeres privadas de la libertad, a fin de que durante su tiempo en reclusión puedan satisfacer su necesidad de ser proveedoras, sobre todo, aquéllas quienes tienen hijos o hijas o dependientes económicos que se encuentran en el exterior, con el propósito de favorecer a su reinserción social y que ello pueda abonar a su tranquilidad psicoemocional, al disminuir sentimientos de frustración, enojo y desesperación al sentirse imposibilitadas para abonar en el sustento de aquellos. Para ello, también deberá establecerse coordinación interinstitucional con la Secretaría del Trabajo de esa

entidad federativa a fin de que, a través de reuniones y mesas de trabajo, se diseñen y ejecuten estrategias para el cumplimiento de dicho fin. Hecho lo anterior, se envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

A USTED SEÑOR FISCAL GENERAL DEL ESTADO DE MORELOS:

PRIMERA. Colaborar ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presente en contra de AR8, AR12 y AR13, adscritos a esa representación social ambos por faltar al principio de exhaustividad y exceso en el plazo razonable en la integración y determinación de las Carpetas de Investigación 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 10 o quienes resulten responsables, ante la Contraloría Interna de la Fiscalía Estatal, por los hechos y omisiones indicadas en el presente instrumento recomendatorio, para que se dé inicio a la investigación e integre el expediente administrativo que, en su caso, proceda por posibles conductas irregulares de carácter administrativo de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Responsabilidades Administrativas y la Ley Orgánica de la Fiscalía General del Estado de Morelos, sirviendo de apoyo la información y análisis vertido en esta Recomendación, y envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite dicha colaboración.

SEGUNDA. Remitir copia de la presente Recomendación para que se integre en las Carpetas de Investigación 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 a fin de que se tomen en cuenta los hallazgos vertidos en el presente instrumento recomendatorio, sobre la existencia de una omisión de las personas servidoras públicas adscritas al CEFERESO No. 16 con su deber reforzado de proteger y garantizar la salud, la integridad personal, la seguridad y la vida de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12 y V13 lo que derivó en su fallecimiento, con el objeto de que se determine a la brevedad si hubo alguna conducta constitutiva de algún delito, derivado de un ejercicio ilícito de servicio público u otro, por parte de las autoridades

penitenciarias señaladas como responsables y de ser el caso, se resuelva con inmediatez lo conducente, y envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. En un plazo no mayor a 3 meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá realizar una análisis técnico jurídico por parte del área competente de esa Fiscalía, con base en lo expuesto en este Instrumento recomendatorio, que permita identificar todas aquellas actuaciones faltantes y pertinentes, a fin de invocar su realización que admitan la obtención de pruebas y evidencias eficaces por parte del personal ministerial a cargo de las carpetas de investigación adscritos a la Fiscalía Especializada para la Investigación y Persecución del Delito de Feminicidio, a fin de re dirigir las investigaciones conforme lo que estipula el artículo 212 del CNPP, en los principios y directrices que contiene el Protocolo de Minnesota durante la investigación de muertes potencialmente ilícitas, el Modelo de Protocolo Latinoamericano de Investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género (feminicidio/feminicidio); así como, en el en el Protocolo de Investigación Ministerial Policial y Pericial con Perspectiva de Género para el Delito de Feminicidio de la Fiscalía General de la República a fin de conducir las investigaciones de referencia en armonización a lo estipulado en el Protocolo de Investigación del Delito de Feminicidio de esa Fiscalía, a fin de que, se determinen diligentemente, tras la exhaustividad de sus actuaciones, conforme a una perspectiva de género e interseccional que permita esclarecer la verdad de los hechos y garantice el pronto acceso a la justicia a las víctimas y víctimas indirectas. Al respecto, se deberá enviar a este Organismo las pruebas que acrediten los avances en su cumplimiento.

CUARTA. En un plazo no mayor a 6 meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, capacitar a través de cursos al personal ministerial adscritos a la Fiscalía Especializada para la Investigación y Persecución del Delito

de Feminicidio, en particular a AR8, AR12 y AR13, sobre la relevancia de dirigir las investigaciones conforme lo que estipula el artículo 212 del CNPP, así como de considerar el conjunto de principios y directrices que contiene el Protocolo de Minnesota durante la investigación de muertes potencialmente ilícitas, el Modelo de Protocolo Latinoamericano de Investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género (feminicidio/feminicidio); así como, en el Protocolo de Investigación Ministerial Policial y Pericial con Perspectiva de Género para el Delito de Feminicidio de la Fiscalía General de la República y conducir la investigación conforme a lo estipulado en el Protocolo de Investigación del Delito de Feminicidio para la Fiscalía General del Estado de Morelos, bajo una óptica de perspectiva de género e interseccional, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de que las investigaciones ministeriales por muertes de mujeres, se realicen conforme a los más altos estándares internacionales y nacionales en la materia a fin de confirmar o descartar la posible comisión de feminicidios en contextos de reclusión. El curso deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos y certificado en la aplicación de los estándares y Protocolos en la materia; en el que se incluyan los programas, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Hecho lo anterior, se envíe pruebas de su cumplimiento a este Organismo Nacional.

A USTEDES, COMISIONADO DEL ÓRGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCIÓN Y READAPTACIÓN SOCIAL Y FISCAL GENERAL DEL ESTADO DE MORELOS:

ÚNICA. Se designe de manera inmediata a la persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar cumplimiento a la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

459. La presente Recomendación refleja el resultado de la investigación de hechos de 2021 al presente año, bajo un enfoque de derechos humanos e interseccional en beneficio de un grupo históricamente vulnerado, como lo son las mujeres privadas de la libertad, que han vivido desigualdades estructurales al invisibilizar sus necesidades particulares, lo que ha impactado negativamente en el reconocimiento de sus derechos fundamentales, y en el caso particular, a vivir en condiciones dignas de reclusión.

460. Es de destacar en este sentido, que la emisión de la presente Recomendación de ninguna manera significa la conclusión de las investigaciones de las violaciones a derechos humanos cometidas por el Estado, esto es, la autoridad penitenciaria y de la Fiscalía General del Estado de Morelos; por el contrario, dada la magnitud de éstas, y de la complejidad que implican, y toda vez que de acuerdo a la opinión Antropológica Social emitida por personal de este Organismo Nacional, en el CEFERESO No. 16 se ha fomentado un clima emocional de abandono, distanciamiento, lejanía, olvido e incluso aislamiento, se ha conformado un escenario crucial en la vulneración de sus derechos humanos, lo que deriva en que los factores de riesgo para cometer la conducta suicida, sigan latentes.

461. Por lo anterior, si bien es cierto que con motivo de la emisión de la presente Recomendación se reconoce expresamente la calidad de víctimas a un total de 13 mujeres privadas de la libertad, también es cierto que ese número de víctimas puede incrementarse derivado de la lamentable repetición de suicidios que se han suscitado en las últimas fechas en el CEFERESO No. 16, los cuales inclusive han acontecido con diferencia mínima de tiempo, ello aunado a los factores determinantes en las condiciones de riesgo de la población de ese establecimiento penitenciario que fueron definidos en la citada opinión, como lo son, las omisiones en la solicitud de atención y de los servicios, el distanciamiento de las redes familiares y aislamiento y redes sociales en riesgo en el contexto privativo de la

libertad, que de persistir, puede derivar en más pérdidas y transgresiones a derechos humanos.

462. En consecuencia, respecto las víctimas reconocidas expresamente en la presente Recomendación, ello se efectúa de manera enunciativa más no limitativa, haciendo la necesaria aclaración de que posterior a la emisión de este instrumento recomendatorio pueden suscitarse eventos similares derivado de la pasividad de la autoridad penitenciaria por mitigar los factores de riesgo de suicido, al menos de 2021 a la fecha, razón por la cual, tomando en consideración que debe otorgársele la máxima protección a las víctimas, y de que se trata del mismo fenómeno social, las mismas consideraciones jurídicas y de contexto Antropológico Social, que dieron origen al presente instrumento recomendatorio, este Organismo Nacional hará las investigaciones correspondientes, y en aquellos casos en donde se acrediten violaciones a los derechos humanos de las víctimas, con fundamento en la fracción IV, del artículo 110 de la LGV se emitirán los nuevos reconocimientos de su carácter de víctimas, y estás gozarán de las mismas garantías y derechos señalados en la presente Recomendación para las víctimas a quienes este Organismo Nacional otorgó dicha calidad en este documento.

463. 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.

464. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. En caso de no ser aceptada, en cumplimiento al mencionado numeral inciso a), deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa.

465. 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 un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

466. 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, solicitará al Senado de la República, y en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como al Congreso del Estado de Morelos, que requiera su comparecencia para que justifique su negativa.

P R E S I D E N T A

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

HTL