

gACETA

COMISIÓN NACIONAL
DE LOS DERECHOS HUMANOS

340 NOVIEMBRE 2018



Gaceta

*g*ACETA

COMISIÓN NACIONAL
DE LOS DERECHOS HUMANOS

340 NOVIEMBRE 2018





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

Año 28, núm. 340, noviembre de 2018. Suscripciones: Oklahoma 133, colonia Nápoles, Benito Juárez, C. P. 03810, Ciudad de México. Teléfono: 54 48 89 88, ext. 6116.

Coordinación y edición: Eugenio Hurtado Márquez, Ericka Toledo Piñón y Miguel Ángel Ortiz Buendía. Diseño de portada: Flavio López Alcocer. Formación de interiores: Carlos Acevedo R. y H. R. Astorga.

Impresa en los talleres de IMPRESORES EN OFFSET y SERIGRAFÍA, S. C. de R. L. de C. V., Pascual Orozco núm. 53, Barrio San Miguel, C. P. 08650, Ciudad de México. El tiraje consta de 1,000 ejemplares. Este material fue elaborado con papel certificado por la Sociedad para la Promoción del Manejo Forestal Sostenible, A. C. (Certificación FSC México).

EDITORIAL	9
ACUERDOS	11
Lineamientos para la Entrega-Recepción de los Cargos de las Personas en el Servicio Público de Mando de la CNDH, 2018 // 13	
INFORME MENSUAL	31
ACTIVIDADES DE LA CNDH	93
PRESIDENCIA // 95	
COORDINACIÓN GENERAL DE SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES Y DE ASUNTOS JURÍDICOS. Acciones de inconstitucionalidad // 98 ♦ Seguimiento a las acciones de inconstitucionalidad promovidas // 101	
PRIMERA VISITADURÍA GENERAL. Programa sobre Asuntos Relacionados con Niñas, Niños y Adolescentes. Foro (1) “29 años de los Derechos de la Niñez y Adolescencia: Del marco jurídico a la realidad comunitaria”, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México // 103 ♦ Programa sobre Asuntos Relacionados con las y los Jóvenes, las Personas Mayores y las Familias. Conferencia (1) “Los Derechos Humanos y las Familias Mexicanas”, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México // 104 ♦ Programa sobre Asuntos Relativos a la Aplicación del Mecanismo Independiente de Monitoreo Nacional de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Talleres (16) “Foro para la Aplicación de la Educación Inclusiva en la Práctica Docente”, Monterrey, Nuevo León // 104 ♦ Programa sobre Asuntos Relacionados con Sexualidad, Salud y VIH. Conferencia (1) “Armonización Normativa de los derechos de las personas LGBTTTI+”, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México // 105 ♦ Seminario (1) “III Simposio interdisciplinario Viviendo con VIH”, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México // 106	
TERCERA VISITADURÍA GENERAL. Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria. Visitas para elaboración del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria // 107 ♦ Actividades de promoción // 109 ♦ Ciclo de Cine-Debate “Sistema penitenciario, adolescentes que infringen la ley penal, justicia restaurativa y pena de muerte, a través de un enfoque cinematográfico” // 109 ♦ Reunión del Grupo Técnico de Trabajo Estándares Avanzados de las Naciones Unidas para el Sistema Penitenciario (UNAPS) // 109 ♦ Acciones de vinculación en torno al Día Universal del Niño // 109 ♦ Congre-	

so Penitenciario “Derechos Humanos en el Sistema Penitenciario. Retos y Perspectivas de la Ley Nacional de Ejecución Penal” // 109 ♦ 16 días de activismo Contra la Violencia de Género. “Exposición y de productos elaborados por mujeres privadas de la libertad en el Estado de Morelos” // 110 ♦ Programa para el Fortalecimiento de Actividades en pro del Derecho a la Reinserción Social, del Centro Femenil de Reinserción Social en la Ciudad de México // 110 ♦ Acciones de coordinación con el INACIPE en torno al estándar de competencia laboral Aplicación de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos “Reglas Nelson Mandela” // 110 ♦ Reunión de trabajo para el análisis de un “Modelo de seguimiento post-penitenciario” // 110 ♦ Acciones de seguimiento a la firma del Convenio de colaboración entre la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y el Centro de Investigación en Ciencias de Información Geoespacial, A. C. // 111 ♦ Entrega de material para la promoción de los derechos humanos de las personas privadas de la libertad // 111

CUARTA VISITADURÍA GENERAL. Dirección de Promoción y Difusión de Derechos Humanos de los Pueblos y Comunidades Indígenas. Actividades de promoción // 113 ♦ **Programa de Protección de los Derechos Humanos de los Indígenas En Reclusión** // 117 ♦ Visitas a centros de reclusión // 117 ♦ **Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres** // 117 ♦ Actividades de vinculación y promoción // 118

QUINTA VISITADURÍA GENERAL. Programa contra la Trata de Personas. Premiación a los participantes del 5o. Premio Universitario de Tesis sobre “Trata de Personas”, al 3er. Concurso de Ensayo sobre “Trata de Personas” y al 2do. Concurso de Mass Media sobre “Trata de Personas”, Coyoacán, Ciudad de México // 120 ♦ Conferencia: “Trata de personas en la modalidad de trabajos forzados en el campo”, Comondú, Baja California Sur // 120 ♦ Curso: “Hacia la creación de políticas públicas de Protección del Derecho a la Salud de las Víctimas de Trata de Personas”, Iztapalapa y Venustiano Carranza, Ciudad de México // 120 ♦ En el marco del Diplomado en Derechos Humanos, se impartió el Módulo IV: “Género y Trata de Personas” Parte 1 y 2, Tepic, Nayarit // 120 ♦ Participación en el Foro: Retos y perspectivas de la política pública para enfrentar la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual en Tlaxcala, Tlaxcala // 121 ♦ Videoconferencia: Introducción a los conceptos generales para la detección de posibles víctimas de Trata de Personas en campos agrícolas desde una perspectiva de derechos humanos y enfoque de género e infancia, Cuauhtémoc, Ciudad de México // 121 ♦ En el marco de la Campaña Nacional de Prevención de la Trata de Personas “Libertad sin engaños ni promesas falsas” de la CNDH, las sesiones vivenciales #DetrásDeLoQueVes, Chignahuapan y Zacatlán, Puebla y Mazatlán, Sinaloa // 121 ♦ Curso: “La trata de personas desde una perspectiva de Derechos Humanos”, Aguascalientes, Aguascalientes // 121 ♦ **Dirección de Atención a Migrantes** // 122 ♦ Acompañamiento de la CNDH al éxodo migratorio de personas de Centroamérica // 122

SEXTA VISITADURÍA GENERAL // 124

DIRECCIÓN EJECUTIVA DEL MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA. Visitas de difusión a lugares de detención e internamiento en el estado de Zacatecas // 126 ♦ Visita de seguimiento al Informe ISP-7/2018 del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura a las instalaciones del Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla, en la Ciudad de México // 127 ♦ Visita de seguimiento al Informe ISP-11/2018 del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura a las instalaciones del Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación, Casa Hogar para Niñas “Graciela Zubirán Villarreal”, adscrita al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, en la Ciudad de México // 127 ♦ Informe de seguimiento ISP-11/2018 del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, sobre el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Hogar para Niñas “Graciela Zubirán Villarreal” // 128 ♦ Actividades de divulgación // 128 ♦ Actividades de promoción // 130 ♦ Actividades de difusión // 130

SECRETARÍA EJECUTIVA. Sistema de las Naciones Unidas // 131 ♦ Sistema Interamericano de Derechos Humanos (OEA) // 131 ♦ Alianza Global de Instituciones Nacionales de Derechos Humanos

(GANHRI) // 131 ♦ Federación Iberoamericana del *Ombudsman* // 131 ♦ Organizaciones No Gubernamentales Internacionales (ONG) // 132 ♦ Acciones de vinculación y cooperación // 132

SECRETARÍA TÉCNICA DEL CONSEJO CONSULTIVO. Dirección de Vinculación con Organismos Públicos de Derechos Humanos // 134 ♦ Dirección General de Educación en Derechos Humanos // 137

CENTRO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS // 139

SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES GENERALES

145

Recomendación General Número 34/2018. Sobre el efecto del monto del salario mínimo en la dignidad de las trabajadoras, los trabajadores y sus familias, y su relación con el pleno goce y ejercicio de sus derechos humanos // 147

SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES

155

Recomendación número 55/2018. Sobre el caso de violaciones al derecho a la protección a la salud de V1 y V2, así como a la libertad y autonomía reproductiva de V1 y V2, al interés superior de la niñez en agravio de V1, mujer adolescente y violencia obstétrica en agravio de V2 en hospitales dependientes de la Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas // 157 ♦ **Recomendación número 56/2018.** Sobre el caso de violaciones al derecho a la protección de la salud en agravio de V1 y V2, e interés superior de la niñez y violencia obstétrica, en el Hospital General de Zona Núm. 12 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Lázaro Cárdenas, Michoacán de Ocampo // 175 ♦ **Recomendación número 57/2018.** Sobre el recurso de impugnación de R en contra del acuerdo de conclusión del expediente de queja emitido por la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, por violación al derecho a una vida libre de violencia por maternidad de R, el derecho a la lactancia del binomio de R y V1 y al principio del interés superior de la niñez de V1 // 187 ♦ **Recomendación número 58/2018.** Sobre el caso de violaciones a los derechos a la protección de la salud en agravio de V1 y V2, al interés superior de la niñez y a la integridad personal de V2, así como a una vida libre de violencia obstétrica de V1 en el Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", en Ciudad de México // 197 ♦ **Recomendación número 59/2018.** Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos de acceso a la justicia en su modalidad de procuración de justicia y a la verdad en agravio de V1, V2 y V3, personas desaparecidas y de sus familiares, en Paracho, Michoacán // 207 ♦ **Recomendación número 60/2018.** Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la seguridad jurídica, a la legalidad y al debido proceso, en agravio de V1 y V2 // 213 ♦ **Recomendación número 61/2018.** Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y pérdida de la vida de 14 personas recién nacidas, así como al acceso a la información en materia de salud de sus representantes legales, como de nueve personas más, por omisiones en el personal médico y una inadecuada atención sanitaria en el Hospital General Regional Núm. 1 del IMSS, en Culiacán, Sinaloa // 215 ♦ **Recomendación número 62/2018.** Sobre el caso de las violaciones a los derechos humanos a la seguridad jurídica, medio ambiente, vivienda adecuada, salud y otros derechos humanos, por la explotación de carbón mineral en el Municipio de Sabinas // 239 ♦ **Recomendación número 63/2018.** Sobre el recurso de queja promovido por R1 y R2 en contra de la comisión de derechos humanos del distrito federal, en relación con la violación de los derechos humanos a la seguridad jurídica y a la legalidad en agravio de los recurrentes // 257 ♦ **Recomendación número 64/2018.** Sobre el caso de violaciones de los derechos humanos a la seguridad jurídica, libertad personal, debido proceso, a una defensa adecuada y a la presunción de inocencia, así como de acceso a la justicia en su modalidad de administración de justicia en agravio de V1 // 261 ♦ **Recomendación número 65/2018.** Sobre el caso de violación al derecho a la protección de la salud y a una vida libre de violencia obstétrica por inadecuada atención médica en agravio de V1 y la pérdida del producto de la ges-

tación en el Hospital de Gineco Obstetricia Núm. 3, del Centro Médico Nacional “La Raza” del IMSS, en la Ciudad de México // 273 ♦ **Recomendación número 66/2018.** Sobre el caso de violaciones a derechos humanos a la libre determinación y acceso a la justicia, en agravio de la comunidad indígena Tseltal del municipio de Oxchuc, Chiapas // 279 ♦ **Recomendación número 67/2018.** Sobre el caso de violación a los derechos humanos a la inviolabilidad del domicilio, a la libertad y seguridad personal, a la integridad personal por actos de tortura, y de acceso a la justicia en su modalidad de inadecuada procuración, en agravio de V, en Reynosa, Tamaulipas // 285

5 de noviembre. Día Mundial de la Concienciación de los Tsunamis

“Los tsunamis no entienden de fronteras, y ningún país puede hacer frente a este problema en solitario. Por ello, hago hoy un llamamiento a todos los Estados Miembros para que renueven su compromiso y compartan sus conocimientos teóricos y prácticos”.

Irina Bokova, Ex-Directora General de la UNESCO¹

El Día Mundial de la Concienciación de los Tsunamis fue aprobado el 22 de diciembre de 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, a través de la Resolución A/RES/70/203, con el propósito de generar mayor conciencia a nivel mundial sobre estos fenómenos meteorológicos.²

La fecha elegida tiene su origen en la anécdota “Inamura no hi”, es decir, la “quema de las gavillas de arroz”. Durante un terremoto en 1854, un aldeano vio el retroceso de la marea, una señal de que se avecina un tsunami. A expensas de sus bienes, prendió fuego a toda su cosecha para advertir a los habitantes de la aldea, que huyeran a tierras altas. Posteriormente, se construyó un terraplén y se plantaron árboles para que actúen como sistemas naturales de amortiguación frente a las fuertes olas.³

Los tsunamis son fenómenos poco frecuentes, pero pueden ser letales. En los últimos 100 años, 58 tsunamis se han cobrado más de 260,000 vidas, un promedio de 4,600 pérdidas de personas por desastre, cifra mayor a cualquier otro desastre natural. Igualmente, la resolución de referencia, hace énfasis en los daños causados y las vidas cobradas por los maremotos en diversos países como es el caso de Chile, en 1960; de Filipinas durante 1976; de Papúa Nueva Guinea en 1998; de Turquía, 1999; de Perú, 2001; de los Estados costeros del Océano Índico en el 2004; en el Estado de Japón

¹ Disponible en http://www.unesco.org/new/es/media-services/single-view/news/mensaje_de_la_sra_irina_bokova_directora_general_de_la_une-22/

² Disponible en <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/203>

³ Disponible en <http://www.un.org/es/events/tsunamiday/>

en 2011.⁴ Más recientemente, en 2017, se registraron tsunamis en Groenlandia (17 de junio), Grecia y Turquía (12 de junio y 20 de julio) y México (7 de septiembre).⁵

El mayor número de muertes se contabilizó en el Océano Índico, en diciembre de 2004. Este tsunami causó aproximadamente unas 227,000 muertes en 14 países; los más afectados fueron Indonesia, Sri Lanka, India y Tailandia.⁶

Apenas tres semanas después, la comunidad internacional se reunió en Kobe, en la región de Hyogo de Japón, donde los gobiernos aprobaron el Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015, el primer acuerdo mundial de gran alcance sobre la reducción del riesgo de desastres. A la par, se estableció el sistema de alerta y mitigación de los efectos de los tsunamis en el Océano Índico, que cuenta con decenas de estaciones de vigilancia sismológica y del nivel del mar y difunde las alertas a los centros nacionales de información de tsunamis.⁷

Al respecto, la reducción de riesgos es un factor clave para lograr una disminución sustancial de la mortalidad de desastres en el mundo, que es el objetivo primordial del Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030, adoptado en marzo de 2015 y que relevó al Marco de Acción de Hyogo.⁸ En este orden de ideas, la educación, la concienciación de las comunidades sobre el riesgo de tsunamis y la preparación son factores fundamentales para saber actuar y reaccionar en caso de tsunami.⁹

Este año, 2018, la conmemoración de esta fecha se alinea con el Día Internacional para la Reducción de los Desastres y la “Campaña Sendai 7” que, se centra en las siete metas mundiales del Marco de Sendai. En concreto, el énfasis se pondrá en la meta mundial C del Marco: “Reducir las pérdidas económicas causadas directamente por los desastres en relación con el producto interno bruto (PIB) mundial para 2030”.

⁴ Disponible en <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/203>

⁵ Disponible en http://www.unesco.org/new/es/media-services/single-view/news/mensaje_de_la_sra_irina_bokova_directora_general_de_la_une-22/

⁶ Disponible en <http://www.un.org/es/events/tsunamiday/>

⁷ Disponible en <http://www.un.org/es/events/tsunamiday/>

⁸ *Idem*.

⁹ Disponible en http://www.unesco.org/new/es/media-services/single-view/news/mensaje_de_la_sra_irina_bokova_directora_general_de_la_une-22/



GACETA 340 • NOV • 2018
Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Así lo acordó y firmó el día 16 de octubre de 2018, el Titular del Órgano Interno de Control, Licenciado Eduardo López Figueroa.

Lic. Eduardo López Figueroa
Titular del Órgano Interno de Control

Que la Ley General de Responsabilidades Administrativas, en su artículo 49 fracción VII, obliga a que las personas en el servicio público rindan cuentas sobre el ejercicio de sus funciones y con ello, coadyuven a la gestión pública, proporcionando en tiempo y forma la documentación e información que les sea requerida;

Que para lograr el propósito anterior es necesario, en todo momento, estar en condiciones de cumplir con los principios de rendición de cuentas y transparencia en el uso y aplicación de los recursos federales, por lo tanto, la elaboración del acta de entrega-recepción constituye un documento base con toda la información necesaria y adecuada para mantener articulados el servicio y el funcionamiento de cada una de las áreas de la Comisión Nacional; y

Que por lo anteriormente expuesto, es necesario que las personas en el servicio público de mando en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, desde Jefatura de Departamento hasta la Presidencia (y homólogos a dichos cargos), elaboren un Acta de Entrega-Recepción respecto del estado que guardan los asuntos que fueron de su competencia hasta el momento de la separación del cargo, por lo que se expiden los presentes:

LINEAMIENTOS PARA LA ENTREGA-RECEPCIÓN DE LOS CARGOS DE LAS PERSONAS EN EL SERVICIO PÚBLICO DE MANDO DE LA CNDH

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

1. Objetivo

Dar continuidad al servicio público fortaleciendo las obligaciones de rendición de cuentas y transparencia, mediante la regulación del acto de entrega-recepción de los asuntos a cargo, recursos materiales, tecnológicos, financieros, humanos y documentales, de las personas en el servicio público de mando.

2. Fundamento legal

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Ley General de Responsabilidades Administrativas.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Lineamientos Generales para la Administración de Recursos.
- Lineamientos para la Liberación de Adeudos y de Resguardos de Bienes.
- Manual de Percepciones de las y los Servidores Públicos de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos del ejercicio fiscal correspondiente.

3. Sujetos

Los presentes Lineamientos son de aplicación obligatoria para las personas en el servicio público de mando en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, desde jefatura de departamento hasta la Presidencia (y homólogos a dichos cargos).

4. Responsables de su aplicación

Las personas titulares de los Órganos Sustantivos, Unidades Administrativas y Órgano Interno de Control, a través de sus personas coordinadoras administrativas.

5. Términos

Para efectos de los Lineamientos, se entenderá por:

Acta de Entrega-Recepción: Al documento que formaliza la entrega y recepción de los asuntos a cargo, del desarrollo y cumplimiento de programas de actividades; del estado de los recursos financieros, humanos, materiales y tecnológicos, asignados a las Personas en el Servicio Público de Mando; así como aquella situación procedimental, administrativa, datos adicionales y demás documentación relativa al cargo, de conformidad con el **Anexo 1** (y su instructivo) de los presentes Lineamientos.

Cargo: Al empleo, cargo o comisión que desempeña una persona en el servicio público de la Comisión Nacional.

Comisión Nacional: A la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Persona Coordinadora Administrativa: A la persona en el servicio público designada por la persona titular del Órgano o Unidad Administrativa para realizar las funciones administrativas o su equivalente.

Encargada del Despacho: A la persona en el servicio público que realiza la recepción del Acta de Entrega-Recepción, designada por la persona superior jerárquica de la Saliente, con el fin de que resguarde provisionalmente la información, documentación y recursos asignados a esta última, hasta que se designe a la persona titular del puesto vacante.

Entrante o Titular del Cargo: A la persona en el servicio público que sea designada por la persona titular del Órgano o Unidad Administrativa para ocupar el puesto vacante.

Lineamientos: Los presentes lineamientos.

Publicaciones: Las elaboradas, editadas y a ser distribuidas por esta Comisión Nacional; así como aquellas que sean propiedad de la Comisión Nacional y estén a cargo de la Saliente.

Recursos Financieros: Al fondo revolvente o de operación y/o cualquier otro recurso monetario que ejerza o se le haya entregado a la Saliente con relación al cargo desempeñado.

Recursos Humanos: A la plantilla del personal que integra el Órgano o Unidad Administrativa que se encuentra bajo el mando y supervisión de la Saliente.

Recursos Materiales: A los bienes muebles compuestos por mobiliario, equipo de oficina y vehículos propiedad de la Comisión Nacional, tarjetón de estacionamiento, herramientas y documentos de dicho vehículo, así como por el acervo documental entregado a la Saliente para realizar sus funciones.

Recursos Tecnológicos: A los equipos de cómputo y telefonía, incluidos sus accesorios, bajo el resguardo de la Saliente.

Saliente: A la persona en el servicio público que cause baja definitiva (independientemente del motivo), o en su caso, sea designada para ocupar un cargo distinto al que venía desempeñando dentro de la Comisión Nacional.

Personas en el Servicio Público de Mando: A las personas en el servicio público en la Comisión Nacional que ocupan los puestos de los grupos O, N, NSC, M, MSC, L, K, J, I, H y G del tabulador de sueldos contenido en el Manual de Percepciones de las y los Servidores Públicos de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como los homólogos a todos ellos.

Titular: A las personas titulares de los Órganos y Unidades Administrativas.

Órganos y Unidades Administrativas: A los señalados en los artículos 17 fracciones I, III, IV y V, 21 y 37 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

CAPÍTULO II

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6. Lineamientos

6.1. Las presentes disposiciones serán aplicables para documentar el Acta de Entrega-Recepción del Cargo de la Saliente a la Entrante o Encargada del Despacho, en el cual se señalará el estado que guardan los asuntos que tuvo a su cargo; el desarrollo y cumplimiento de programas de actividades; el estado de los recursos financieros, humanos, materiales y tecnológicos que tenía asignados; así como aquella situación procedimental, administrativa, datos adicionales y demás documentación relacionada con el cargo que entrega, de conformidad con el **Anexo 1** (y su Instructivo) de los presentes Lineamientos.

Lo anterior independientemente de que, en su caso, la Saliente no hubiese recibido, mediante acta entrega-recepción, el cargo que deja de ocupar.

De igual forma, los Lineamientos serán aplicables, en lo que corresponda, para documentar la entrega-recepción de los recursos o información que tengan asignadas las Personas en el Servicio Público de Mando cuando por necesidades del servicio se lleve a cabo la reestructuración del Órgano o Unidad Administrativa en la que presten sus servicios o haya una redistribución de funciones o se presente alguna otra circunstancia que requiera efectuar la entrega de los recursos correspondientes a la persona en el servicio público que en lo subsecuente habrá de realizar las funciones que aquella tenía encomendadas.

6.2. Corresponderá a las personas titulares de los Órganos y Unidades Administrativas determinar en sus respectivas áreas de competencia, a las personas en el servicio público que ocupen puestos distintos a los grupos O, N, NSC, M, MSC, L, K, J, I, H y G del tabulador de sueldos contenido en el Manual de Percepciones de las y los Servidores Públicos de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, que por la naturaleza o importancia de sus funciones quedarán sujetas a los presentes Lineamientos, lo cual deberá ser informado por escrito al Órgano Interno de Control.

6.3. El Órgano Interno de Control intervendrá en los actos de entrega-recepción, previa solicitud que por escrito o vía correo electrónico realice la Saliente, una vez acordado con su persona superior jerárquica la designación de la Entrante o Encargada del Despacho, con cuando menos dos días hábiles a la celebración de dicho acto.

Para tal efecto, la Saliente deberá remitir el proyecto del Acta Entrega-Recepción respectiva al Órgano Interno de Control, con la finalidad de que éste revise que el contenido del mismo cumpla con los rubros aplicables al Cargo que se entrega, sin que ello implique validación o responsabilidad alguna por el contenido de dicha acta ni de sus anexos.

6.4. La entrega y recepción de los asuntos, documentación y recursos a que se refiere el numeral 6.1 anterior, se efectuará mediante Acta de Entrega-Recepción, en la que se incluirá el desarrollo y avance de cumplimiento; las condiciones de los recursos financieros, humanos, materiales y tecnológicos; la plantilla del personal; la situación de las observaciones de auditoría en proceso de solventación; la atención a solicitudes de información y, en general, los aspectos relacionados con la situación procedimental, administrativa, datos adicionales y demás documentación que tuviere a cargo la Saliente, de conformidad con el **Anexo 1** (y su Instructivo) de los presentes Lineamientos.

Lo anterior, deberá presentarse en forma concentrada y global por los titulares de los Órganos y Unidades Administrativas y en forma analítica por las demás Personas en el Servicio Público de Mando.

Adicionalmente, los titulares de los Órganos y Unidades Administrativas deberán presentar la mencionada información de forma analítica, respecto de aquello que se encuentre bajo su resguardo y señalarán, en su caso, las áreas que cuentan con los documentos e información en forma analítica.

Cuando el volumen de la información represente una gran cantidad de copias, ésta podrá presentarse en disco compacto (CD).

6.5. Al Acta de Entrega-Recepción (Anexo 1), se deberá anexar la Constancia de no adeudo y liberación de resguardo de bienes, avalada por las distintas áreas de la Comisión Nacional, de conformidad con lo establecido por los Lineamientos para la Liberación de Adeudos y de Resguardos de Bienes. En caso de no contar con ésta al momento de la entrega por estar en trámite, se deberá manifestar bajo protesta de decir verdad dicha situación, así como que no se cuenta con adeudo alguno.

6.6. Con relación al punto de Archivos, éstos deberán estar organizados de tal forma que la documentación y/o expedientes sean fácilmente identificables, en cada una de las áreas correspondientes.

6.7. La elaboración y firma del Acta de Entrega-Recepción (Anexo 1), así como la entrega del Cargo y de los asuntos en trámite encomendados a la Saliente, no la exime de las responsabilidades en que pudiese haber incurrido en el desempeño del mismo.

Por otra parte, la Saliente deberá asentar en su Acta de Entrega-Recepción, bajo protesta de decir verdad, que la información contenida en la misma y en sus documentos anexos, es auténtica, verificable, fidedigna e identificable.

6.8. Con independencia de la causa o motivo que origine la separación del cargo, la Saliente quedará obligada al cumplimiento de lo señalado en los presentes Lineamientos.

En caso de contravención, el Órgano Interno de Control procederá conforme a lo que establece la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

6.9. En el supuesto de que la Entrante o la Encargada del Despacho se negasen a firmar el Acta de Entrega-Recepción, se dará por realizado el acto, asentando los hechos sucedidos y la razón expresa de la negativa en esa misma acta, por parte de los demás participantes, debiendo en este caso hacer entrega del Acta de Entrega-Recepción y de los anexos correspondientes a la persona superior jerárquica de la Saliente.

No obstante lo anterior, no será motivo de negativa para recibir el Acta de Entrega-Recepción, la no revisión previa del contenido de los anexos correspondientes por parte de la Entrante o Encargada del Despacho, lo anterior debido a que estos últimos cuentan con el plazo establecido en el numeral 6.13 de los presentes Lineamientos para dicho fin.

6.10. En caso de que la Saliente no esté en posibilidad de realizar su Acta de Entrega-Recepción, por alguna causa de fuerza mayor debidamente justificada, la persona superior jerárquica deberá designar a la persona que en su nombre habrá de hacer la entrega, asentando los hechos sucedidos en esa misma acta, dejando constancia del estado en que se encuentran los asuntos y recursos a cargo de la Saliente.

6.11. En el caso de las Personas en el Servicio Público de Mando adscritas a las Oficinas Foráneas de esta Comisión Nacional, deberán realizar su Acta de Entrega-Recepción en los términos establecidos por estos Lineamientos, con la salvedad de que el Órgano Interno de Control no participará en la misma; sin embargo, deberá considerarse el envío de un tanto del acta a dicho órgano por parte de la persona titular de la Coordinación de la Oficina Foránea respectiva.

6.12. En el supuesto de que la Saliente considere, por las funciones o actividades que desempeñaba, que no es necesaria la elaboración del Acta de Entrega-Recepción, por no tener asuntos a su Cargo a los que se requiera dar seguimiento, podrá omitir dicha elaboración, siempre y cuando cuente con la autorización por escrito por parte de su persona superior jerárquica.

En dicho supuesto y en caso de que la Saliente tenga bajo su resguardo recursos materiales y/o tecnológicos, solamente será necesario que la Persona Coordinadora Administrativa lleve a cabo los trámites administrativos correspondientes.

CAPÍTULO III

ACTA DE ENTREGA-RECEPCIÓN

6.13. La Saliente elaborará el acta de entrega-recepción (**Anexo 1**) dentro de los diez días hábiles posteriores a la fecha de separación del Cargo; en caso de no existir nombramiento o designación de la Entrante, se realizará la entrega a la persona en el servicio público que sea designada por la persona superior jerárquica como Encargada del Despacho. Asimismo, la Entrante o Encargada del Despacho mencionará las circunstancias en que recibe el Cargo. En el acto de entrega-recepción participarán dos testigos que firmarán el acta y los anexos.

6.14. Una vez formalizada el Acta de Entrega-Recepción (**Anexo 1**) o el acta complementaria de entrega-recepción (**Anexo 2**), la Entrante o la Encargada del Despacho deberá verificar, dentro de los siguientes veinte días hábiles, el contenido de dicha acta y sus anexos. Para tal efecto y durante el plazo antes señalado, la Saliente o la Encargada del Despacho, podrá ser requerida con el fin de que realice las aclaraciones necesarias y/o proporcione la información adicional que se le solicite.

6.15. Dentro del plazo mencionado en el numeral anterior, la Entrante o Encargada del Despacho podrá requerir por escrito para que, dentro de un plazo no mayor a cinco días hábiles, la Saliente realice las aclaraciones necesarias y/o proporcione información adicional, haciendo del conocimiento de la persona superior jerárquica tal situación.

En el supuesto anterior, y en caso de que la Entrante o Encargada del Despacho considere que las aclaraciones y/o información adicional fue insuficiente, contará, por una sola vez, con un nuevo plazo de cinco días hábiles para poder requerirle a la Saliente nuevas aclaraciones respecto de la primera solicitud, contando ésta última con cinco días hábiles para dar cumplimiento al nuevo requerimiento.

En caso de que la Saliente se negare a realizar las aclaraciones solicitadas y/o a proporcionar la información adicional requerida, se deberá levantar acta circunstanciada con asistencia de dos testigos, describiendo la documentación y/o información faltante o incompleta, remitiéndola al Órgano Interno de Control con el fin de que éste requiera a la Saliente las aclaraciones respectivas o, en su caso, proceda de conformidad con lo establecido en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Asimismo, si la Entrante no procediera de conformidad al párrafo anterior, asumirá las responsabilidades correspondientes en términos de la ley antes citada.

6.16. En el supuesto de que la Saliente no entregue los recursos, documentación e información a su Cargo en los términos de estos Lineamientos, será obligación de la Entrante o de la Encargada del Despacho, levantar acta circunstanciada, con asistencia de dos testigos, en la que se hará constar el estado en que se encuentran los asuntos, documentos y recursos, haciéndolo del conocimiento tanto de la persona superior jerárquica de la Saliente como de la Persona Coordinadora Administrativa.

En dicho supuesto, la Persona Coordinadora Administrativa informará tal situación al Órgano Interno de Control para que, en su caso, proceda de conformidad con lo establecido en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

6.17. Cuando la persona en el servicio público que recibió el Acta de Entrega-Recepción (**Anexo 1**), lo hiciera en calidad de Encargada del Despacho y, dentro de los treinta días naturales posteriores a la fecha de entrega, fuera designada la persona en el servicio público titular del puesto vacante, deberá elaborar acta complementaria de entrega-recepción (**Anexo 2**). En caso de que transcurriera un plazo mayor al antes mencionado para la designación del Titular del Cargo vacante, se deberá realizar el Acta de Entrega-Recepción (**Anexo 1**) en los términos de los presentes Lineamientos.

6.18. Las Personas Coordinadoras Administrativas de los Órganos y Unidades Administrativas deberán reiterar a la Saliente sobre su obligación de dar cumplimiento a las disposiciones señaladas en los presentes Lineamientos.

6.19. En sus Actas de Entrega-Recepción, únicamente de los Titulares de los Órganos o Unidades Administrativas podrán designar a una persona en el servicio público que proporcione información y/o aclaraciones relacionadas con dicha acta. En ese supuesto, la Entrante o Encargada del despacho designará a una persona en el servicio público a fin de solicitar la información y/o aclaraciones respecto de la misma.

6.20. Las especificaciones para la elaboración del Acta de Entrega-Recepción (Anexo 1) son las siguientes:

- A. Se deberá utilizar papel con logo de la Comisión Nacional.
- B. Todas las hojas deberán contener el mismo encabezado y estar numeradas en la parte inferior derecha.
- C. El acta deberá ser rubricada en todas las páginas y firmada en el apartado correspondiente de firmas, por la Saliente, la Entrante o Encargada del Despacho, los testigos, y en su caso, por las personas en el servicio público designadas para proporcionar o solicitar la información, así como por la persona representante del Órgano Interno de Control.
- D. Por su parte, los anexos deberán ser rubricados sobre el margen derecho y en todos sus tantos, por la Saliente, la Entrante o Encargada del despacho, los testigos y, en su caso, por las personas en el servicio público designadas para proporcionar o solicitar la información.
- E. En los títulos y/o anexos que no se adapten al puesto que se entrega, se deberá colocar la leyenda: "No aplica".
- F. Se deberán elaborar tres tantos del acta en original, con anexos y con firmas y/o rúbricas autógrafas conforme a los incisos C y D anteriores, para distribuirse de la siguiente forma:
 - (1) para la Saliente;
 - (2) para la Entrante o Encargada del despacho; y
 - (3) para el Órgano Interno de Control.
- G. Se deberán utilizar únicamente hojas blancas tamaño carta (inclusive para los anexos, procurando utilizar ambas caras de la hoja, o en su caso atender lo señalado en el último párrafo del numeral 6.4).

6.21. Los presentes Lineamientos son de observancia obligatoria. Su incumplimiento se sancionará en términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

CAPÍTULO IV DISPOSICIONES FINALES

7. Interpretación y supervisión

El Órgano Interno de Control será competente para interpretar, con fines administrativos, los presentes Lineamientos. Asimismo, comprobará su cumplimiento y, si es el caso, aplicará la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

8. Vigencia

Los presentes Lineamientos entrarán en vigor el día de su expedición.

TRANSITORIO

ÚNICO. Quedan sin efectos los Lineamientos para la Entrega-Recepción de los Cargos de las y los Servidores Públicos de mando, de fecha 17 de febrero de 2014.



Órgano Interno de Control

Lineamientos para la Entrega-Recepción de los Cargos
de las Personas en el Servicio Público de Mando de la CNDH

Expedición: 16 de octubre de 2018

ANEXO 1 “FORMATO DE ACTA DE ENTREGA-RECEPCIÓN”



ACTA DE ENTREGA-RECEPCIÓN ÓRGANO O UNIDAD ADMINISTRATIVA (1) CARGO (2)

En la ciudad de _____, siendo las _____ horas del _____ de _____ de 20____, se reunieron en las oficinas de esta **(2)** sitas en calle _____, número _____, colonia _____, alcaldía o municipio _____, C.P. _____, el (la) C. **(3)** quien con fecha _____ de _____ de 20____, deja de ocupar el cargo de **(2)**, señalando como domicilio particular el ubicado en calle _____, número _____, colonia _____, alcaldía o municipio _____, C.P. _____, en *(ciudad y estado)* _____ y el(la) C. **(4)** con motivo de la designación de que fue objeto, por parte del **(5)**, para recibir con fecha _____ de _____ de 20____, dicho puesto en calidad de **(6)**, procediéndose a la entrega y recepción de los recursos asignados a dicho cargo; intervienen como testigos de asistencia el(la) C. _____ y el(la) C. _____, manifestando el(la) primero(a) prestar sus servicios en **(7)**, como **(8)**, quien se identifica con credencial emitida por _____, con número de folio _____ y tener su domicilio particular en calle _____, número _____, colonia _____, alcaldía o municipio _____, C.P. _____, en *(ciudad y estado)* _____ y el(la) segundo(a) prestar también sus servicios en este Órgano/Unidad Administrativa como **(8)**, identificándose con credencial emitida por _____, con número de folio _____ y tener su domicilio particular en calle _____, número _____, colonia _____, alcaldía o municipio _____, C.P. _____, en *(ciudad y estado)* _____.

Se encuentra presente en el Acto el(la) C. **(9)**, en su carácter de Representante del Órgano Interno de Control de la Institución para intervenir conforme a las atribuciones que establece el Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. -----
(En el caso de las Oficinas Foráneas de esta Comisión Nacional, deberá omitirse éste párrafo; no obstante, deberán tomar en consideración lo señalado en el numeral 6.11 de los Lineamientos, respecto del envío de un tanto del acta al Órgano Interno de Control).-----

El(La) C. **(3)** designa al (a la) C. **(10)**, persona en el servicio público de esta Comisión Nacional, para proporcionar la información y realizar las aclaraciones correspondientes.-----

Por su parte, el(la) C. **(4)**, designa al (a la) C. **(11)**, persona en el servicio público de esta Comisión Nacional, para solicitar la información que sea pertinente; ambas personas aceptan la designación, haciéndolo constar mediante sus firmas en el acta. -----



Órgano Interno de Control

Lineamientos para la Entrega-Recepción de los Cargos
de las Personas en el Servicio Público de Mando de la CNDH

Expedición: 16 de octubre de 2018

----- HECHOS -----

I. SITUACIÓN PROGRAMÁTICA. -----

Se entrega Programa de Trabajo del año en curso e Informe(s) sobre el Avance de Actividades y de Indicadores de Gestión. **Anexo ()**.-----

II. SITUACIÓN PRESUPUESTAL. -----

En el **Anexo ()** se muestra el presupuesto asignado al Órgano o Unidad Administrativa por parte de la Presidencia de la Comisión Nacional, mediante oficio número _____ fechado el _____ del _____ del 20____. Las cifras se presentan en forma analítica en el anexo de referencia. -

(12) Cabe hacer notar que el presupuesto fue modificado conforme a las Adecuaciones relacionadas en el **Anexo ()**. -----

(13) La última conciliación presupuestal fue realizada con el siguiente resultado: -----

Anexo (). -----

III. ESTADOS FINANCIEROS. -----

Los Estados Financieros a la fecha, son los siguientes: **(14)**, mismos que se incluyen en el **Anexo ()**. -----

IV. RECURSOS FINANCIEROS. -----

1. **FONDO REVOLVENTE.** Se entrega el fondo revolvente asignado al Órgano o Unidad Administrativa por un importe total de \$_____ (*cantidad con letra*), mismo que se desglosa en el **Anexo ()**.-----

2. **BANCOS.** El saldo en bancos al _____ de _____ de 20____, asciende a la cantidad de \$_____. (*cantidad con letra*), y está conformado por la(s) cuenta(s) bancaria(s) **(15)** que se incluye(n) en el **Anexo ()**. -----

La conciliación bancaria al _____ de _____ de 20____, se incluye en el **Anexo ()**.-----

Para la expedición de cheques de la (s) cuenta (s) de referencia, se tenían registradas las firmas de los (las) CC. **(16)**, quienes firmaban **(17)**, por lo que se procedió, con motivo del presente acto a solicitar la cancelación del registro de las mismas, según Oficio No. _____ fechado el _____ de _____ de 20____, del cual se incluye copia en el **Anexo ()**. Cabe señalar que posteriormente se realizará el registro de firmas autorizadas para estos efectos. -----

Asimismo, se entregan, conforme a la relación contenida en el **Anexo ()**, tanto los talonarios de cheques utilizados durante la gestión del (de la) C. **(3)**; como los que a la fecha se encuentran sin uso. -----

A la fecha de esta acta, el último cheque expedido por el (la) responsable del manejo de la(s) cuenta(s) bancaria(s), es el siguiente: -----

Nombre del beneficiario: -----

Número de la cuenta bancaria: -----



Órgano Interno de Control

Lineamientos para la Entrega-Recepción de los Cargos
de las Personas en el Servicio Público de Mando de la CNDH

Expedición: 16 de octubre de 2018

Cheque Número: _____

Por un importe de: \$ _____ (cantidad con letra) _____

3. CHEQUES EN PODER DEL ÓRGANO O UNIDAD ADMINISTRATIVA. A la fecha de la presente entrega, existen en poder del Órgano o Unidad Administrativa, **(18)** cheques pendientes de entregar a los beneficiarios por un importe de \$ _____ (cantidad con letra), según relación que se incluye en el **Anexo ()**. _____

4. CAMBIO DE REGISTRO DE FIRMAS. Se entregan los formatos de firmas autorizadas ante la Oficialía Mayor para el Ejercicio **(19)**, mismos que deberán ser actualizados para la baja y alta de las firmas respectivas, según **Anexo ()**. _____

V. RECURSOS MATERIALES. _____

Se entregan los recursos materiales asignados al (la) C. **(3)** para llevar a cabo las actividades que le fueron encomendadas; conforme a lo siguiente: _____

1. ACTIVO FIJO Y RECURSOS TECNOLÓGICOS. Se hace entrega del resguardo de mobiliario y equipo de oficina, mediante **Anexo ()**; además del equipo de cómputo y de telefonía fija y celular asignados a la Saliente, según resguardos contenidos en el **Anexo ()**, los cuales se encuentran en las instalaciones que ocupaba ésta, completos, en buen estado e inventariados. _____

2. VEHÍCULOS. En el **Anexo ()** se incluye(n) el (los) resguardo(s) del (los) vehículo(s) asignado (s) a la Saliente, así como consulta de infracciones obtenida del Portal de la Secretaría de Finanzas del Gobierno de la Ciudad de México y tarjetón de estacionamiento. Además de la(s) tarjeta(s) o vales de gasolina correspondiente(s). _____

3. OBRAS DE ARTE Y DECORACIÓN. En el **Anexo ()** se incluyen los resguardos de las obras de arte y artículos de decoración, propiedad de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, que se encuentran en las instalaciones de la Saliente. _____

4. MANUALES, LIBROS Y PUBLICACIONES. En el **Anexo ()** se enlistan los manuales de organización y de procedimientos, los cuales podrán ser consultados a través de la red Intranet-CNDH en las siguientes direcciones electrónicas _____ y _____, respectivamente. Asimismo, se entrega relación de los libros y publicaciones propiedad de la Comisión Nacional, asignados a la Saliente o elaborados por ésta en el curso de sus actividades, **Anexo ()**. _____

5. EXISTENCIAS DE PAPELERÍA. La relación contenida en el **Anexo ()** muestra las existencias de papelería y equipo de oficina, a la fecha de conclusión del Cargo. _____

6. CONTRATOS DIVERSOS. En el **Anexo ()** se detallan los contratos celebrados y/o relacionados con las funciones del Cargo que se deja de ocupar. El (La) C. **(3)** hace constar expresamente que no existen otros compromisos con terceros relacionados con las funciones del Cargo que concluye. _____



Órgano Interno de Control

Lineamientos para la Entrega-Recepción de los Cargos
de las Personas en el Servicio Público de Mando de la CNDH

Expedición: 16 de octubre de 2018

7. **ARCHIVOS.** Se entrega la relación de la documentación que obra en los archivos del área, así como la última remisión de documentos al Archivo de Concentración, según **Anexo ()**.

8. **CAJA FUERTE.** En este acto y en sobre cerrado, se entrega la combinación de la caja fuerte, ubicada en la oficina del (de la) C. **(20)**.

9. **BIENES INMUEBLES.** Relación de los bienes inmuebles que ocupa la Comisión Nacional, **Anexo ()**. *(Sólo en el caso del titular de la Oficialía Mayor)*.

El (La) C. **(3)**, manifiesta que, a la fecha de la presente acta, no existe adeudo alguno ante esta Comisión Nacional, por lo que hace entrega de la “Constancia de No Adeudos y Liberación de Resguardos de Bienes”, expedida en términos de lo dispuesto por los lineamientos correspondientes *(o, en su caso, manifestar bajo protesta de decir verdad, que la constancia se encuentra en trámite, así como que no se tiene adeudo alguno)*. **Anexo ()**.

VI. RECURSOS HUMANOS.

Mediante **Anexo ()**, se hace entrega de la siguiente documentación

1. Expedientes y registros del personal que se encuentran en **(21)**.
2. Plantilla actualizada del personal adscrito a su Cargo, que incluye los puestos de libre designación, así como los que están sujetos al Servicio Civil de Carrera.
3. Estructura orgánica vigente, autorizada por la Presidencia de la Comisión Nacional.

VII. OBSERVACIONES DE AUDITORÍAS.

Se entrega en el **Anexo ()** la situación que guarda la atención a las observaciones emitidas por la Auditoría Superior de la Federación y por el Órgano Interno de Control de la Comisión Nacional en el **Anexo ()**.

VIII. INFORME DE ASUNTOS RELATIVOS AL CARGO.

Se entrega relación de asuntos a cargo de la Saliente, señalando el estado que guarda su trámite. *(Deberán incluirse los asuntos, acciones y compromisos que requieren atención especial y, en su caso, los asuntos que es necesario atender de manera inmediata por los efectos que pueden ocasionar a la gestión de la Comisión Nacional y/o del Órgano o Unidad Administrativa)*. **Anexo ()**.

IX. TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.

Se hace entrega en el **Anexo ()** de la relación de solicitudes de acceso a la información turnadas al Órgano o Unidad Administrativa, que se encuentran en trámite o totalmente atendidas con las respuestas correspondientes; así como los requerimientos de información pendientes de atender derivados de algún recurso de revisión, en los términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

X. OTROS HECHOS.

El (La) C. **(3)**, desea precisar que: **(22)**

-----CIERRE DE ACTA-----



Órgano Interno de Control

Lineamientos para la Entrega-Recepción de los Cargos
de las Personas en el Servicio Público de Mando de la CNDH

Expedición: 16 de octubre de 2018

El (La) C. **(3)**, manifiesta haber proporcionado sin omisión alguna todos los elementos necesarios para la formulación de la presente acta, además de que todos los asuntos, recursos y documentos a su cargo, quedaron incluidos en el capítulo correspondiente, y que no fue omitido algún aspecto de trascendencia relativo a su gestión. De igual forma, declara bajo protesta de decir verdad, que la información contenida en el Acta de Entrega-Recepción y en sus documentos anexos, es auténtica, verificable, fidedigna e identificable. -----

Asimismo, manifiesta tener conocimiento de que el contenido del acta y de sus anexos será verificado dentro de los veinte días hábiles siguientes a su firma, por lo que podrá ser requerido(a) para realizar las aclaraciones y proporcionar la información adicional que se le solicite. Los **(23)** anexos que se incluyen en esta acta, suscritos por los responsables de su elaboración, forman parte integrante de la misma y se rubrican en todas sus fojas para todos los efectos legales a que haya lugar, por la Saliente, la Entrante y los testigos y, en su caso, por las personas en el servicio público designadas para realizar las aclaraciones respecto a la entrega y/o la recepción. -----

La presente entrega, no implica liberación alguna de las responsabilidades que pudieran llegarse a determinar por la autoridad competente con posterioridad. -----

El (La) C. **(4)**, recibe con las reservas de ley del (de la) C. **(3)** todos los asuntos, recursos y documentos que se precisan en el contenido de la presente acta y sus anexos. -----

En este acto el (la) representante del Órgano Interno de Control, exhorta al (a la) C. **(24)** a que presente en tiempo y forma su Declaración de Situación Patrimonial por conclusión del cargo en términos de lo dispuesto por el artículo 33 fracción III de la Ley General de Responsabilidades Administrativas; asimismo, hace del conocimiento del (de la) C. **(25)** que deberá presentar la correspondiente declaración de inicio del cargo, de conformidad con lo establecido por el artículo 33 fracción I de la ley antes mencionada. -----

Prevía lectura de la presente y no habiendo más que hacer constar, se da por concluida a las ____ horas del día ____ de ____ de 20__, rubricadas en todas las páginas y firmada en el apartado correspondiente de firmas, por las personas que intervinieron en la misma. -----

ENTREGA**RECIBE**

(Nombre, firma y rúbrica
de la Saliente)

(Nombre, firma y rúbrica de la Entrante o
Encargada del Despacho)



Órgano Interno de Control

Lineamientos para la Entrega-Recepción de los Cargos
de las Personas en el Servicio Público de Mando de la CNDH

Expedición: 16 de octubre de 2018

**PERSONA EN EL SERVICIO PÚBLICO
QUE REALIZARÁ LAS ACLARACIONES**

*(Nombre, firma y rúbrica de la persona en
el servicio público designada para
realizar las aclaraciones)*

**PERSONA EN EL SERVICIO PÚBLICO
QUE SOLICITARÁ LA INFORMACIÓN**

*(Nombre, firma y rúbrica de la persona
en el servicio público designada para
solicitar la información)*

TESTIGO

*(Nombre, firma y rúbrica de la primer
persona testigo de asistencia)*

TESTIGO

*(Nombre, firma y rúbrica de la segunda
persona testigo de asistencia)*

**REPRESENTANTE DEL
ÓRGANO INTERNO DE CONTROL**

(Nombre, firma y rúbrica)

Las firmas que anteceden, forman parte integrante del Acta de Entrega-Recepción de fecha ____ de ____ de 20__, del (Cargo) adscrito al (a la) (Órgano o Unidad Administrativa).



Órgano Interno de Control

Lineamientos para la Entrega-Recepción de los Cargos de las Personas en el Servicio Público de Mando de la CNDH

Expedición: 16 de octubre de 2018

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO 1

INICIO DEL ACTA	
NÚMERO	DEBE ANOTAR
(1)	Denominación del Órgano o Unidad Administrativa. (Visitaduría General, Dirección General, Coordinación General, Secretaría, etc.)
(2)	Denominación del cargo que se entrega.
(3)	Nombre de la Saliente.
(4)	Nombre de la Entrante o Encargada del Despacho.
(5)	Nombre y cargo de la persona en el servicio público que expide el nombramiento o, en su caso, de quien designa a la Entrante o Encargada del Despacho.
(6)	Calidad en la que se recibe el puesto (titular del cargo o encargada del despacho).
(7)	Denominación del Órgano o Unidad Administrativa.
(8)	Denominación del cargo que ocupa.
(9)	Nombre de la persona representante del Órgano Interno de Control.
(10)	Nombre de la persona en el servicio público designada para proporcionar la información necesaria y hacer las aclaraciones pertinentes.
(11)	Nombre de la persona en el servicio público designada para recibir y verificar la documentación.
HECHOS	
I.- SITUACIÓN PROGRAMÁTICA.	
II.- SITUACIÓN PRESUPUESTAL.	
(12)	<i>Este comentario se incluirá solamente en caso de haberse presentado modificaciones de reducción o ampliación presupuestal.</i>
(13)	<i>Esta conciliación se incluirá cuando la entrega-recepción se realice durante el segundo semestre del año.</i>
III.- ESTADOS FINANCIEROS.	
<i>Esta sección se deberá requisitar solo por Presidencia y Oficialía Mayor.</i>	
(14)	Señalar cada uno de los estados financieros con que se cuente a la fecha del acta.



Órgano Interno de Control

Lineamientos para la Entrega-Recepción de los Cargos
de las Personas en el Servicio Público de Mando de la CNDH

Expedición: 16 de octubre de 2018

IV.- RECURSOS FINANCIEROS.	
1) FONDO REVOLVENTE.	
2) BANCOS.	
(15)	Especificar número de la(s) cuenta(s) bancaria(s), institución bancaria y monto que conforma(n) el saldo en bancos.
(16)	Nombres y cargos de las personas en el servicio público cuyas firmas estaban registradas para firmar cheques hasta la fecha de conclusión de la Saliente.
(17)	Indicar la forma en que firmaban las personas en el servicio público autorizadas.
3) CHEQUES EN PODER DEL ÓRGANO O UNIDAD ADMINISTRATIVA.	
(18)	Número de cheques pendientes de entregar a personas beneficiarias.
4) CAMBIO DE REGISTRO DE FIRMAS.	
(19)	Ejercicio presupuestal en curso.
V.- RECURSOS MATERIALES.	
(20)	Nombre de la persona en el servicio público responsable de la caja fuerte.
VI. RECURSOS HUMANOS.	
(21)	Oficina y/o mueble donde se resguardan los expedientes de personal.
VII.- OBSERVACIONES DE AUDITORÍAS.	
VIII.- INFORME DE ASUNTOS RELATIVOS AL CARGO.	
IX. TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.	
X.- OTROS HECHOS.	
(22)	Asentar los hechos que se consideren procedentes o relevantes, que no se hayan incluido en alguno de los rubros anteriores.
C I E R R E D E L A C T A	
(23)	Número total de anexos que se incluyen en el acta.
(24)	Nombre de la Saliente <i>(siempre y cuando concluya la relación laboral)</i> .
(25)	Nombre de la Entrante <i>(siempre y cuando se sitúe como obligada por la ley en la materia)</i> .



Órgano Interno de Control

Lineamientos para la Entrega-Recepción de los Cargos
de las Personas en el Servicio Público de Mando de la CNDH

Expedición: 16 de octubre de 2018

ANEXO 2 “FORMATO DE ACTA COMPLEMENTARIA DE ENTREGA-RECEPCIÓN”



ACTA COMPLEMENTARIA DE ENTREGA-RECEPCIÓN DEL DESPACHO DEL (CARGO) ADSCRITO AL (A LA) (ÓRGANO O UNIDAD ADMINISTRATIVA)

En la ciudad de _____, siendo las _____ horas del día _____ de _____ de 20____, se reunieron en las oficinas que ocupa la _____ (cargos) del (de la) _____ (Órgano o Unidad Administrativa) _____, sitas en _____ (domicilio) _____, el (la) C. _____ (Nombre de la Encargada del Despacho) _____ quien hace entrega del despacho de _____ (cargos) y el (la) C. _____ (Nombre de la Entrante) _____, con motivo de la designación de que fue objeto ésta última, por parte del (de la) C. _____ (Nombre y cargo de la Persona Titular o superior jerárquica) _____, para recibir a partir del _____ (fecha) _____ la Titularidad del puesto, interviniendo como testigos de asistencia el (la) C. _____ (Nombre y cargo) _____ y el (la) C. _____ (Nombre y cargo) _____, manifestando prestar sus servicios en este Órgano o Unidad Administrativa, el (la) primero(a) como _____ y tener su domicilio particular en _____, identificándose con _____; y el (la) segundo(a) como _____ y tener su domicilio particular en _____, identificándose con _____; a efecto de realizar la entrega del despacho correspondiente al cargo de referencia, en los términos del Acta de Entrega-Recepción de _____ (fecha del Acta de Entrega-Recepción) _____, misma que consta de _____ (número de hojas del acta) _____ hojas con _____ (total) _____ anexos.-----

Se encuentra presente en el Acto el (la) C. _____, en su carácter de representante del Órgano Interno de Control de esta Comisión Nacional, para intervenir conforme a las atribuciones que establece el Reglamento Interno de la propia Comisión Nacional de los Derechos Humanos.-----

--

OTROS HECHOS.- (Se utilizará este espacio, solamente en el caso de que se hayan realizados cambios en cualquier rubro de los contenidos en el acta original, derivados del desarrollo de las actividades propias del área, realizando un informe detallado de dichos cambios.) -----



Órgano Interno de Control

Lineamientos para la Entrega-Recepción de los Cargos
de las Personas en el Servicio Público de Mando de la CNDH

Expedición: 16 de octubre de 2018

La presente entrega, no implica liberación alguna de las responsabilidades que pudieran llegarse a determinar por la autoridad competente con posterioridad. -----

El(la) C. (Nombre de la Encargada del Despacho) manifiesta tener conocimiento de que el contenido del acta y de sus anexos será verificado dentro de los veinte días hábiles siguientes a su firma, por lo que podrá ser requerido(a) para realizar las aclaraciones y proporcionar la información adicional que se le solicite. -----

El(la) C. (Nombre de la Entrante) recibe con las reservas de la ley, del (de la) C. (Nombre de la Encargada del Despacho) , todos los recursos y documentos que se precisan en el acta en mención y en la presente. -----

En este acto el(la) representante del Órgano Interno de Control, exhorta al (a la) C. a que presente en tiempo y forma su Declaración de Situación Patrimonial por Inicio del cargo de conformidad con lo establecido por el Artículo 33 fracción I de la Ley General de Responsabilidades Administrativas. -----

Previa lectura de la presente y no habiendo más que hacer constar, se da por concluida a las horas del día de su elaboración, rubricadas en todas las páginas y firmada, por las personas que intervinieron en la misma. -----

ENTREGA**RECIBE**

 (NOMBRE, RÚBRICA Y FIRMA)

 (NOMBRE, RÚBRICA Y FIRMA)

TESTIGOS

 (NOMBRE, RÚBRICA Y FIRMA)

 (NOMBRE, RÚBRICA Y FIRMA)

REPRESENTANTE DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

 (NOMBRE, RÚBRICA Y FIRMA)



GACETA 340 • NOV • 2018
Comisión Nacional de los Derechos Humanos

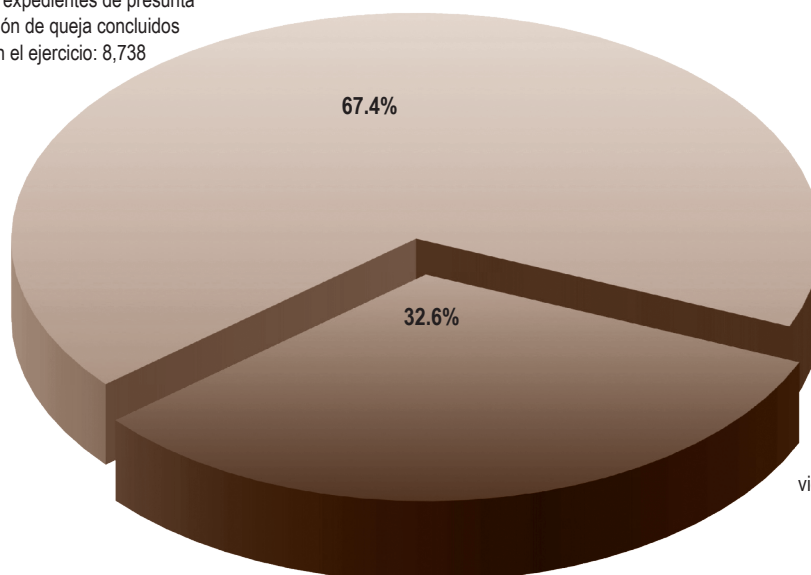


nforme mensual

EXPEDIENTES DE PRESUNTA VIOLACIÓN DE QUEJAS

1	Expedientes de presunta violación de quejas registrados en el periodo 01/11/2018 al 30/11/2018	782
2	Expedientes de presunta violación de quejas registrados durante el ejercicio 01/01/2018 al 31/10/2018	7,710
3	Expedientes de presunta violación de quejas que se encontraban en trámite hasta el 31/12/2017	4,464
4	Total de expedientes de queja	12,956
5	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos de los registrados en el periodo	135
6	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos durante el periodo registrados en el presente ejercicio o en ejercicios anteriores	651
7	Total de expedientes de presunta violación de quejas concluidos durante el periodo 01/11/2018 al 30/11/2018	786
8	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos durante el ejercicio hasta el 31/10/2018	7,952
9	Total de expedientes de queja concluidos en el ejercicio	8,738
10	Total de expedientes de queja en trámite	4,218

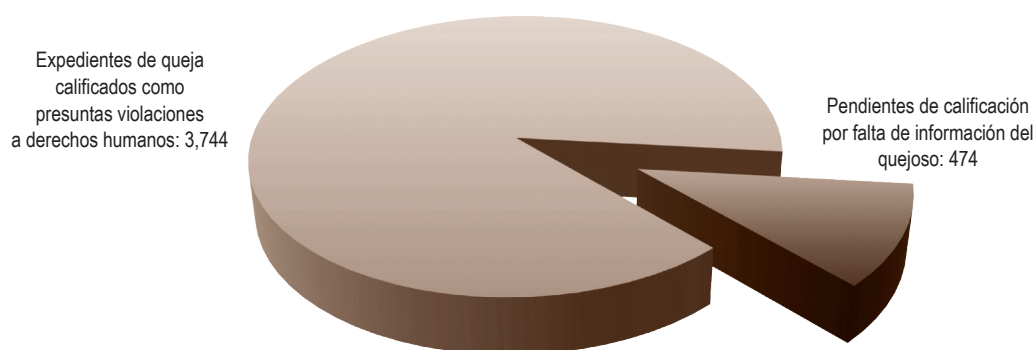
Total de expedientes de presunta violación de queja concluidos en el ejercicio: 8,738



Total de expedientes de queja por presunta violación en trámite: 4,218

SITUACIÓN DE LOS EXPEDIENTES DE PRESUNTA VIOLACIÓN DE QUEJAS EN TRÁMITE

1	Presunta violación	3,744
2	No competencia de la CNDH	0
3	Orientación al quejoso	0
4	Pendientes de calificación por falta de información del quejoso	474
5	Total de expedientes de queja en trámite	4,218

**CAUSAS DE CONCLUSIÓN DE LOS EXPEDIENTES DE PRESUNTA VIOLACIÓN DE QUEJA**

	Causa	En el periodo 01/11/2018 al 30/11/2018		En todo el ejercicio incluido el periodo	
1	Conciliación	25	3.19%	170	1.95%
2	Resuelto durante el trámite	276	35.11%	3,481	39.84%
3	No competencia de la CNDH	1	0.13%	9	0.10%
4	Desistimiento del quejoso	6	0.76%	40	0.46%
5	Falta de interés del quejoso	3	0.38%	21	0.24%
6	Acumulación de expedientes	58	7.38%	173	1.98%
7	Orientación al quejoso	275	34.99%	3,438	39.35%
8	Recomendación del Programa de Quejas	11	1.40%	58	0.66%
9	Recomendación de Violación Grave	2	0.25%	7	0.08%
10	Recomendación del Programa Penitenciario	0	0.00%	3	0.03%
11	No responsabilidad de la autoridad	0	0.00%	0	0.00%
12	Por no existir materia*	129	16.41%	1,337	15.30%
13	Recomendación general	0	0.00%	1	0.01%
	Total	786	100.00%	8,738	100.00%

* Para seguir conociendo del expediente de queja, en virtud de que la autoridad tomó las medidas para resolver la violación a los derechos humanos.

EXPEDIENTES DE PRESUNTA VIOLACIÓN DE QUEJAS REGISTRADOS Y CONCLUIDOS DEL EJERCICIO 2018

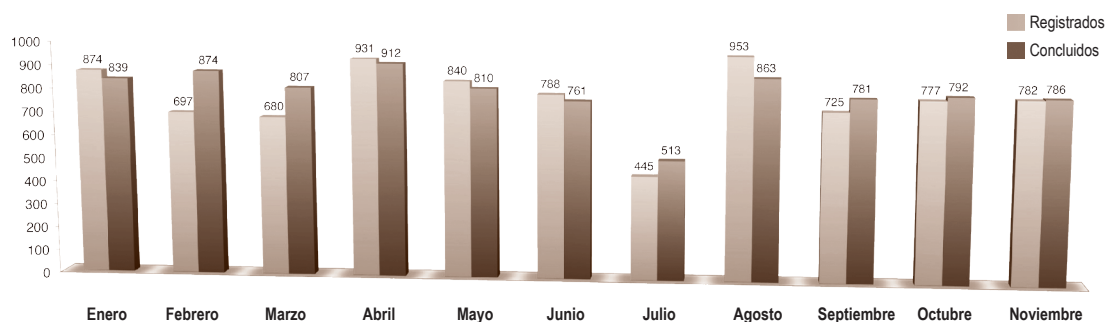
Mes	Expedientes de presunta violación de quejas registrados	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos	A) Concluidos del mes	B) Concluidos de meses anteriores
Enero	874	839	185	654
Febrero	697	874	150	724
Marzo	680	807	153	654
Abril	931	912	252	660
Mayo	840	810	183	627
Junio	788	761	161	600
Julio	445	513	76	437
Agosto	953	863	226	637
Septiembre	725	781	146	635
Octubre	777	792	169	623
Noviembre	782	786	135	651
Total	8,492	8,738	1,836	6,902

* El promedio diario de expedientes de presunta violación de quejas registrados durante este ejercicio, incluyendo sábados, domingos y días inhábiles, es igual a **25.43** expedientes.

* El promedio diario de expedientes de presunta violación de quejas concluidos durante este ejercicio, incluyendo sábados, domingos y días inhábiles, es igual a **26.16** expedientes.

* El promedio mensual de expedientes de presunta violación de quejas registrados durante este ejercicio es igual a **772.00** expedientes.

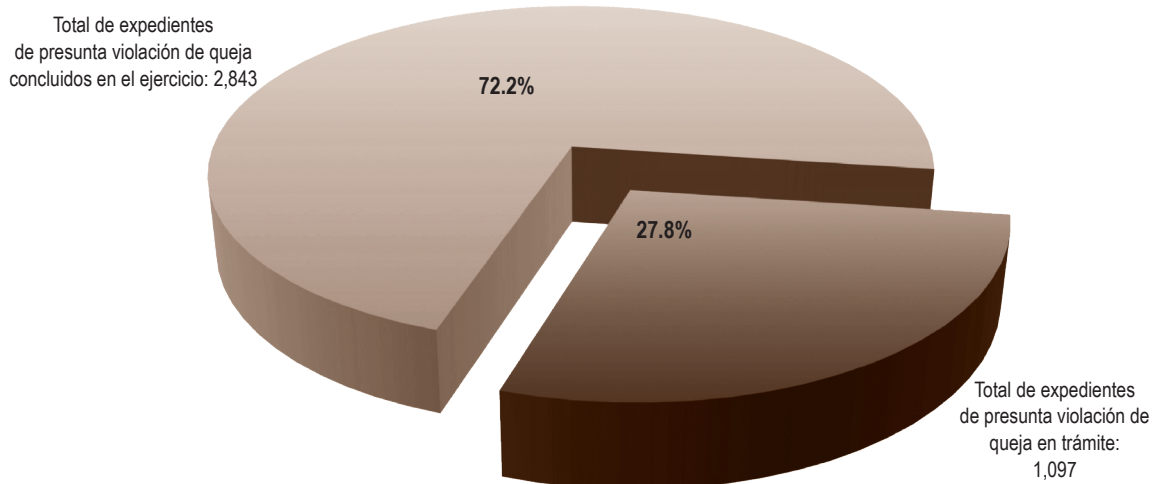
* El promedio mensual de expedientes de presunta violación de quejas concluidos durante este ejercicio es igual a **794.36** expedientes.



EXPEDIENTES DE QUEJA POR VISITADURÍAS

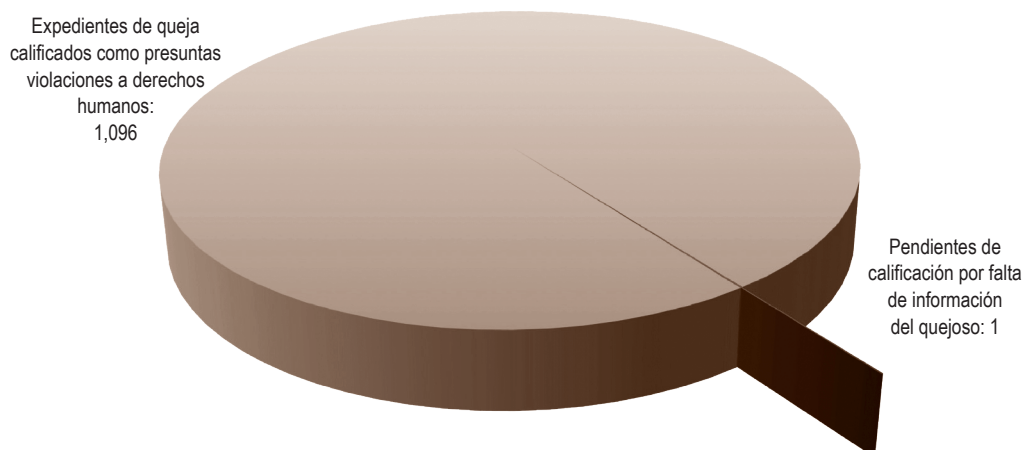
Expedientes de presunta violación de quejas (Primera Visitaduría General)

1	Expedientes de presunta violación de quejas iniciados en el periodo del 01/11/2018 al 30/11/2018	176
2	Expedientes de presunta violación de quejas iniciados durante el ejercicio 01/01/2018 al 31/10/2018	2,169
3	Expedientes de presunta violación de quejas que se encontraban en trámite hasta el 31/12/2017	1,595
4	Total de expedientes de presunta violación de quejas del ejercicio	3,940
5	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos de los iniciados en el periodo	99
6	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos durante el periodo iniciados en el presente ejercicio o en ejercicios anteriores	169
7	Total de expedientes de presunta violación de quejas concluidos durante el periodo 01/11/2018 al 30/11/2018	268
8	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos durante el ejercicio hasta el 31/10/2018	2,575
9	Total de expedientes de presunta violación de quejas concluidos en el ejercicio	2,843
10	Total de expedientes de presunta violación de quejas en trámite	1,097



**Situación de los expedientes de presunta violación de quejas en trámite
(Primera Visitaduría General)**

1	Presunta violación	1,096
2	No competencia de la CNDH	0
3	Orientación al quejoso	0
4	Pendientes de calificación por falta de información del quejoso	1
Total		1,097



Causas de conclusión de los expedientes de presunta violación de quejas (Primera Visitaduría General)

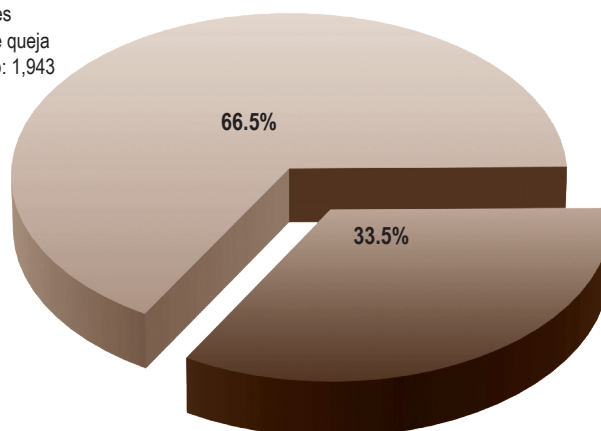
Causa		En el periodo 01/11/2018 al 30/11/2018		En todo el ejercicio incluido el periodo	
1	Conciliación	20	7.46%	108	3.79%
2	Resuelto durante el trámite	138	51.49%	1,770	62.29%
3	No competencia de la CNDH	0	0.00%	1	0.03%
4	Desistimiento del quejoso	2	0.75%	11	0.38%
5	Falta de interés del quejoso	0	0.00%	8	0.27%
6	Acumulación de expedientes	44	16.42%	60	2.10%
7	Orientación al quejoso	58	21.64%	859	30.23%
8	Recomendación del Programa de Quejas	3	1.12%	15	0.52%
9	Recomendación de Violación Grave	1	0.37%	3	0.11%
10	No responsabilidad de la autoridad	0	0.00%	0	0.00%
11	Por no existir materia*	2	0.75%	8	0.28%
12	Recomendación general	0	0.00%	0	0.00%
Total		268	100.00%	2,843	100.00%

* Para seguir conociendo del expediente de queja, en virtud de que la autoridad tomó las medidas para resolver la violación a los derechos humanos.

Expedientes de presunta violación de quejas (Segunda Visitaduría General)

1	Expedientes de presunta violación de quejas iniciados en el periodo del 01/11/2018 al 30/11/2018	175
2	Expedientes de presunta violación de quejas iniciados durante el ejercicio 01/01/2018 al 31/10/2018	1,714
3	Expedientes de presunta violación de quejas que se encontraban en trámite hasta el 31/12/2017	1,033
4	Total de expedientes de presunta violación de quejas del ejercicio	2,922
5	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos de los iniciados en el periodo	9
6	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos durante el periodo iniciados en el presente ejercicio o en ejercicios anteriores	183
7	Total de expedientes de presunta violación de quejas concluidos durante el periodo 01/11/2018 al 30/11/2018	192
8	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos hasta el 31/10/2018	1,751
9	Total de expedientes de presunta violación de quejas concluidos en el ejercicio	1,943
10	Total de expedientes presunta violación de quejas en trámite	979

Total de expedientes de presunta violación de queja concluidos en el ejercicio: 1,943

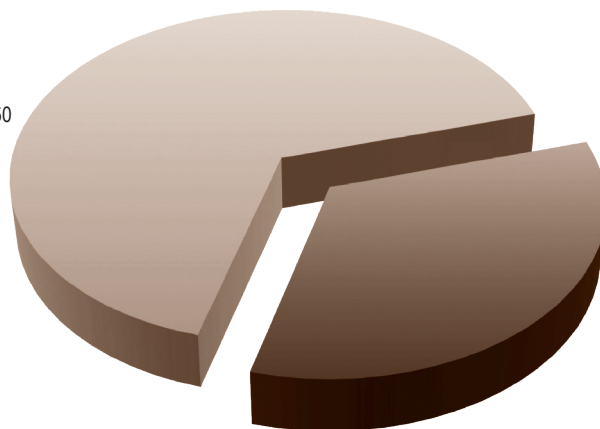


Total de expedientes de presunta violación de queja en trámite: 979

Situación de los expedientes de presunta violación de quejas en trámite (Segunda Visitaduría General)

1	Presunta violación	650
2	No competencia de la CNDH	0
3	Orientación al quejoso	0
4	Pendientes de calificación por falta de información del quejoso	329
Total		979

Expedientes de queja
calificados como
presuntas violaciones
a derechos humanos: 650



Pendientes de calificación
por falta de información
del quejoso: 329

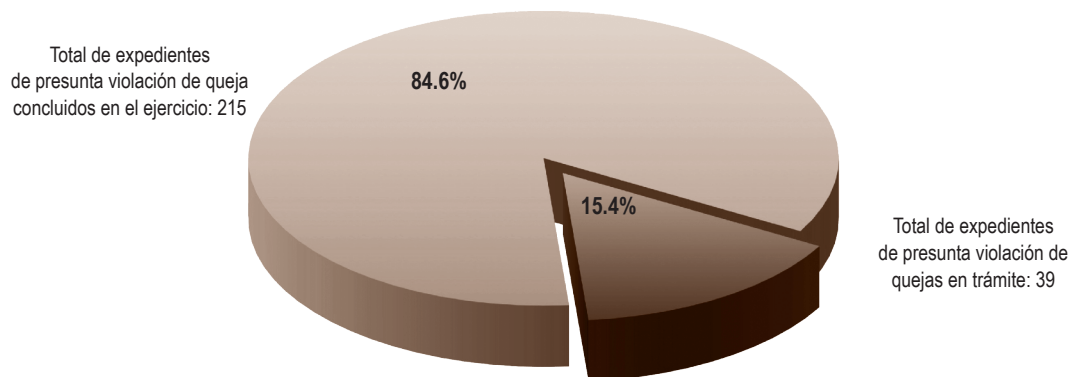
Causas de conclusión de los expedientes de presunta violación de quejas (Segunda Visitaduría General)

Causa		En el periodo 01/11/2018 al 30/11/2018		En todo el ejercicio incluido el periodo	
1	Conciliación	3	1.57%	19	0.96%
2	Resuelto durante el trámite	15	7.81%	119	6.11%
3	No competencia de la CNDH	0	0.00%	1	0.04%
4	Desistimiento del quejoso	0	0.00%	0	0.00%
5	Falta de interés del quejoso	0	0.00%	0	0.00%
6	Acumulación de expedientes	12	6.25%	58	2.98%
7	Orientación al quejoso	111	57.81%	1,140	58.72%
8	Recomendación del Programa de Quejas	1	0.52%	11	0.56%
9	Recomendación de Violación Grave	1	0.52%	3	0.14%
10	No responsabilidad de la autoridad	0	0.00%	0	0.00%
11	Por no existir materia*	49	25.52%	592	30.49%
12	Recomendación general	0	0.00%	0	0.00%
Total		192	100.00%	1,943	100.00%

* Para seguir conociendo del expediente de queja, en virtud de que la autoridad tomó las medidas para resolver la violación a los derechos humanos.

Expedientes de presunta violación de quejas (Tercera Visitaduría General)

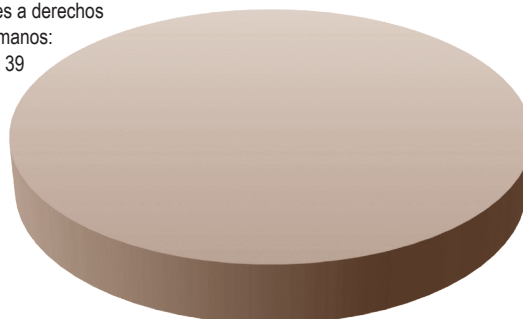
1	Expedientes de presunta violación de quejas iniciados en el periodo del 01/11/2018 al 30/11/2018	8
2	Expedientes de presunta violación de quejas iniciados durante el ejercicio 01/01/2018 al 31/10/2018	143
3	Expedientes de presunta violación de quejas que se encontraban en trámite hasta el 31/12/2017	103
4	Total de expedientes de queja del ejercicio	254
5	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos de los iniciados en el periodo	0
6	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos durante el periodo iniciados en el presente ejercicio o en ejercicios anteriores	9
7	Total de expedientes de presunta violación de quejas concluidos durante el periodo 01/11/2018 al 30/11/2018	9
8	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos hasta el 31/10/2018	206
9	Total de expedientes de presunta violación de quejas concluidos en el ejercicio	215
10	Total de expedientes de presunta violación de quejas en trámite	39



Situación de los expedientes de presunta violación de quejas en trámite (Tercera Visitaduría General)

1	Presunta violación	39
2	No competencia de la CNDH	0
3	Orientación al quejoso	0
4	Pendientes de calificación por falta de información del quejoso	0
Total		39

Expedientes de queja
calificados como presuntas
violaciones a derechos
humanos:
39



Causas de conclusión de los expedientes de presunta violación de quejas (Tercera Visitaduría General)

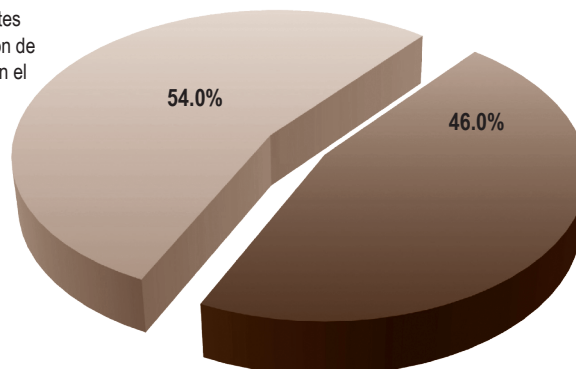
Causa		En el periodo 01/11/2018 al 30/11/2018		En todo el ejercicio incluido el periodo	
1	Conciliación	0	0.00%	5	2.32%
2	Resuelto durante el trámite	9	100.00%	192	89.30%
3	No competencia de la CNDH	0	0.00%	0	0.00%
4	Desistimiento del quejoso	0	0.00%	0	0.00%
5	Falta de interés del quejoso	0	0.00%	0	0.00%
6	Acumulación de expedientes	0	0.00%	2	0.93%
7	Orientación al quejoso y/o remisión de la queja	0	0.00%	12	5.58%
8	Recomendación del Programa de Quejas	0	0.00%	0	0.00%
9	Recomendación de Violación Grave	0	0.00%	0	0.00%
10	Recomendación del Programa Penitenciario	0	0.00%	3	1.40%
11	No responsabilidad de la autoridad	0	0.00%	0	0.00%
12	Por no existir materia*	0	0.00%	1	0.47%
13	Recomendación general	0	0.00%	0	0.00%
Total		9	100.00%	215	100.00%

* Para seguir conociendo del expediente de queja, en virtud de que la autoridad tomó las medidas para resolver la violación a los derechos humanos.

Expedientes de presunta violación de quejas (Cuarta Visitaduría General)

1	Expedientes de presunta violación de quejas iniciados en el periodo del 01/11/2018 al 30/11/2018	97
2	Expedientes de presunta violación de quejas iniciados durante el ejercicio 01/01/2018 al 31/10/2018	786
3	Expedientes de presunta violación de quejas que se encontraban en trámite hasta el 31/12/2017	303
4	Total de expedientes de queja del ejercicio	1,186
5	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos de los iniciados en el periodo	8
6	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos durante el periodo iniciados en el presente ejercicio o en ejercicios anteriores	79
7	Total de expedientes de presunta violación de quejas concluidos durante el periodo 01/11/2018 al 30/11/2018	87
8	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos hasta el 31/10/2018	553
9	Total de expedientes de queja concluidos en el ejercicio	640
10	Total de expedientes de queja en trámite	546

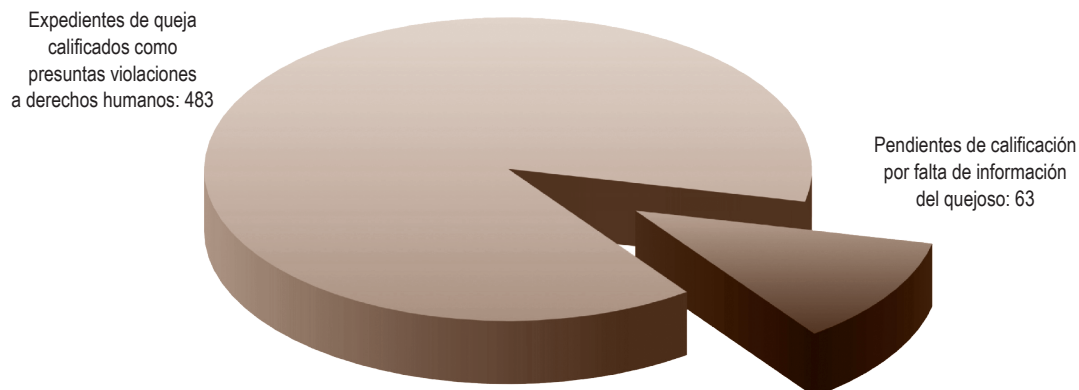
Total de expedientes
de presunta violación de
queja concluidos en el
ejercicio: 640



Total de
expedientes
de presunta
violación de
quejas en
trámite: 546

Situación de los expedientes de presunta violación de quejas en trámite (Cuarta Visitaduría General)

1	Presunta violación	483
2	No competencia de la CNDH	0
3	Orientación al quejoso	0
4	Pendientes de calificación por falta de información del quejoso	63
Total		546



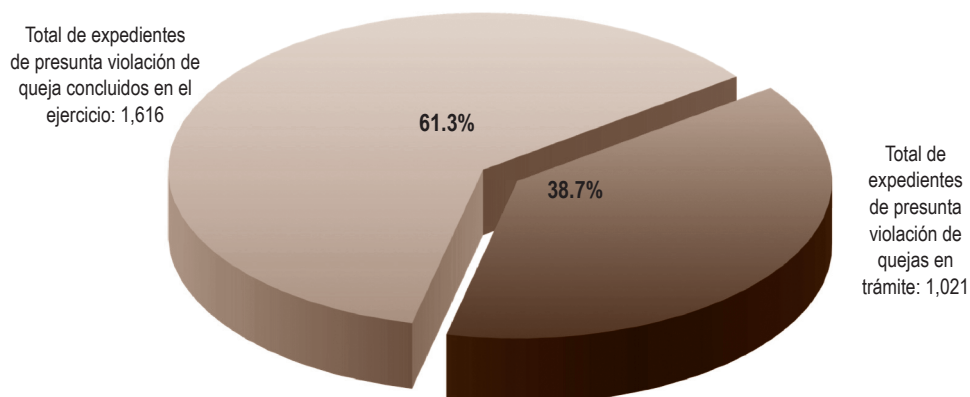
Causas de conclusión de los expedientes de presunta violación de quejas (Cuarta Visitaduría General)

Causa		En el periodo 01/11/2018 al 30/11/2018		En todo el ejercicio incluido el periodo	
1	Conciliación	2	2.30%	3	0.46%
2	Resuelto durante el trámite	27	31.03%	369	57.65%
3	No competencia de la CNDH	0	0.00%	4	0.63%
4	Desistimiento del quejoso	1	1.15%	3	0.47%
5	Falta de interés del quejoso	0	0.00%	4	0.63%
6	Acumulación de expedientes	0	0.00%	2	0.31%
7	Orientación al quejoso	15	17.24%	72	11.25%
8	Recomendación del Programa de Quejas	5	5.75%	14	2.19%
9	Recomendación de Violación Grave	0	0.00%	0	0.00%
10	No responsabilidad de la autoridad	0	0.00%	0	0.00%
11	Por no existir materia*	37	42.53%	169	26.41%
12	Recomendación general	0	0.00%	0	0.00%
Total		87	100.00%	640	100.00%

* Para seguir conociendo del expediente de queja, en virtud de que la autoridad tomó las medidas para resolver la violación a los derechos humanos.

Expedientes de presunta violación de quejas (Quinta Visitaduría General)

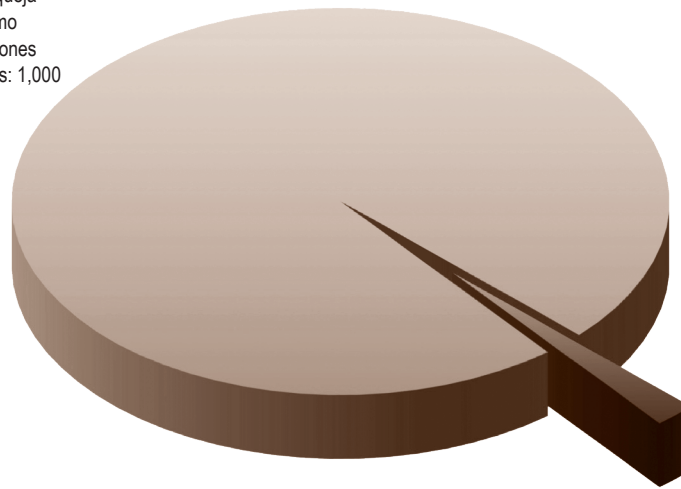
1	Expedientes de presunta violación de quejas iniciados en el periodo del 01/11/2018 al 30/11/2018	110
2	Expedientes de presunta violación de quejas iniciados durante el ejercicio 01/01/2018 al 31/10/2018	1,450
3	Expedientes de presunta violación de quejas que se encontraban en trámite hasta el 31/12/2017	1,077
4	Total de expedientes de presunta violación de quejas del ejercicio	2,637
5	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos de los iniciados en el periodo	5
6	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos durante el periodo iniciados en el presente ejercicio o en ejercicios anteriores	97
7	Total de expedientes de presunta violación de quejas concluidos durante el periodo 01/11/2018 al 30/11/2018	102
8	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos durante el ejercicio hasta el 31/10/2018	1,514
9	Total de expedientes de presunta violación de quejas concluidos en el ejercicio	1,616
10	Total de expedientes de presunta violación de quejas en trámite	1,021



Situación de los expedientes de presunta violación de quejas en trámite (Quinta Visitaduría General)

1	Presunta violación	1,000
2	No competencia de la CNDH	0
3	Orientación al quejoso	0
4	Pendientes de calificación por falta de información del quejoso	21
	Total	1,021

Expedientes de queja
calificados como
presuntas violaciones
a derechos humanos: 1,000



Pendientes de
calificación por falta
de información
del quejoso: 21

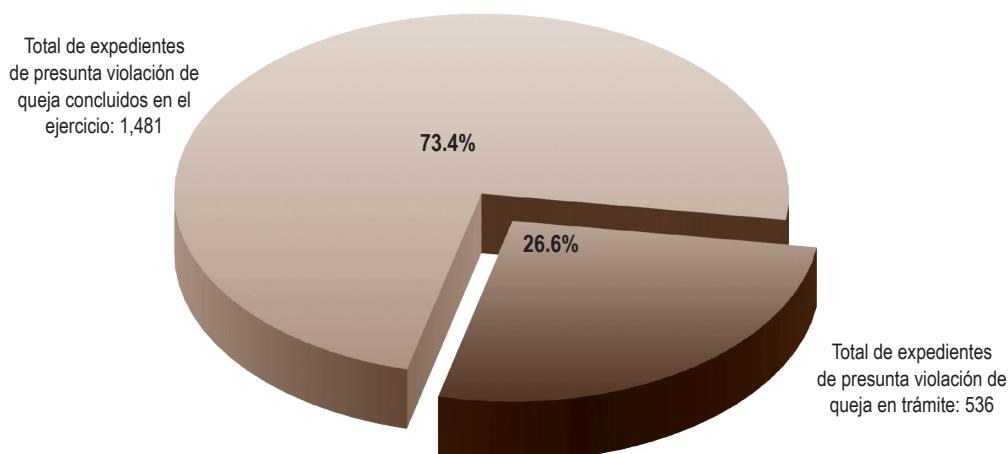
Causas de conclusión de los expedientes de presunta violación de quejas (Quinta Visitaduría General)

Causa		En el periodo 01/11/2018 al 30/11/2018		En todo el ejercicio incluido el periodo	
1	Conciliación	0	0.00%	22	1.35%
2	Resuelto durante el trámite	21	20.59%	393	24.32%
3	No competencia de la CNDH	0	0.00%	0	0.00%
4	Desistimiento del quejoso	1	0.98%	17	1.04%
5	Falta de interés del quejoso	2	1.96%	6	0.36%
6	Acumulación de expedientes	2	1.96%	28	1.73%
7	Orientación al quejoso	43	42.16%	620	38.39%
8	Recomendación del Programa de Quejas	1	0.98%	12	0.74%
9	Recomendación de Violación Grave	0	0.00%	1	0.06%
10	No responsabilidad de la autoridad	0	0.00%	0	0.00%
11	Por no existir materia*	32	31.37%	517	32.01%
12	Recomendación general	0	0.00%	0	0.00%
Total		102	100.00%	1,616	100.00%

* Para seguir conociendo del expediente de queja, en virtud de que la autoridad tomó las medidas para resolver la violación a los derechos humanos.

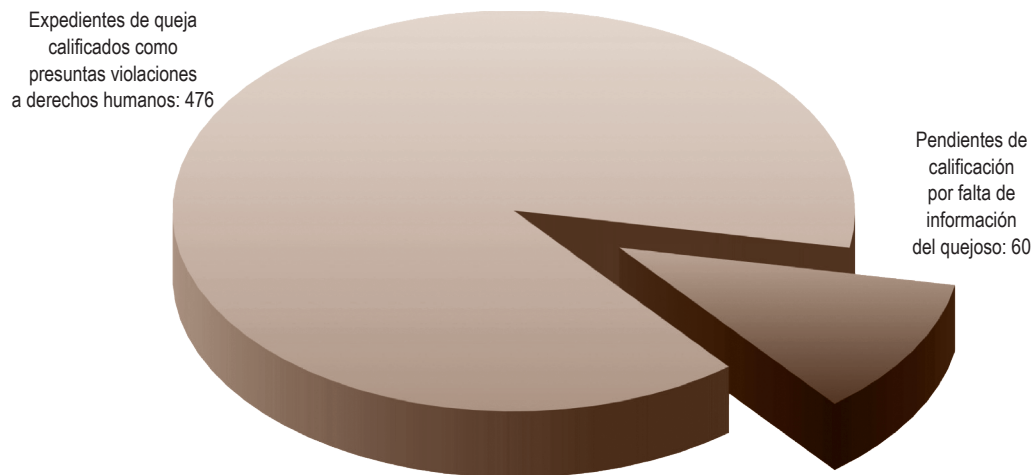
Expedientes de presunta violación de quejas (Sexta Visitaduría General)

1	Expedientes de presunta violación de quejas iniciados en el periodo del 01/11/2018 al 30/11/2018	216
2	Expedientes de presunta violación de quejas iniciados durante el ejercicio 01/01/2018 al 31/10/2018	1,448
3	Expedientes de presunta violación de quejas que se encontraban en trámite hasta el 31/12/2017	353
4	Total de expedientes de queja del ejercicio	2,017
5	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos de los iniciados en el periodo	14
6	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos durante el periodo iniciados en el presente ejercicio o en ejercicios anteriores	114
7	Total de expedientes de presunta violación de quejas concluidos durante el periodo 01/11/2018 al 30/11/2018	128
8	Expedientes de presunta violación de quejas concluidos hasta el 31/10/2018	1,353
9	Total de expedientes de queja concluidos en el ejercicio	1,481
10	Total de expedientes de queja en trámite	536



Situación de los expedientes de presunta violación de quejas en trámite (Sexta Visitaduría General)

1	Presunta violación	476
2	No competencia de la CNDH	0
3	Orientación al quejoso	0
4	Pendientes de calificación por falta de información del quejoso	60
	Total	536



Causas de conclusión de los expedientes de presunta violación de quejas (Sexta Visitaduría General)

Causa	En el periodo 01/11/2018 al 30/11/2018		En todo el ejercicio incluido el periodo	
1 Conciliación	0	0.00%	13	0.87%
2 Resuelto durante el trámite	66	51.57%	638	43.10%
3 No competencia de la CNDH	1	0.78%	3	0.19%
4 Desistimiento del quejoso	2	1.56%	9	0.60%
5 Falta de interés del quejoso	1	0.78%	3	0.19%
6 Acumulación de expedientes	0	0.00%	23	1.54%
7 Orientación al quejoso	48	37.50%	735	49.65%
8 Recomendación del Programa de Quejas	1	0.78%	6	0.41%
9 Recomendación de Violación Grave	0	0.00%	0	0.00%
10 No responsabilidad de la autoridad	0	0.00%	0	0.00%
11 Por no existir materia*	9	7.03%	50	3.38%
12 Recomendación general	0	0.00%	1	0.07%
Total	128	100.00%	1,481	100.00%

* Para seguir conociendo del expediente de queja, en virtud de que la autoridad tomó las medidas para resolver la violación a los derechos humanos.

**FRECUENCIA DE AUTORIDADES SEÑALADAS COMO PROBABLES RESPONSABLES
(EXPEDIENTES DE PRESUNTA VIOLACIÓN DE QUEJA EN TRÁMITE AL 30/11/2018)**

	Autoridad responsable	Número de quejas
1	Instituto Mexicano del Seguro Social	1,183
2	Policía Federal de la Secretaría de Gobernación	461
3	Procuraduría General de la República	408
4	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	330
5	Secretaría de Educación Pública	295
6	Secretaría de la Defensa Nacional	282
7	Secretaría de Marina	246
8	Instituto Nacional de Migración de la Secretaría de Gobernación	237
9	Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores	122
10	Secretaría de Desarrollo Social	106
11	Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano	65
12	Junta Federal de Conciliación y Arbitraje	59
13	Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados	52
14	Comisión Federal de Electricidad	50
15	Comisión Nacional de Seguridad	41
16	Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación	41
17	Petróleos Mexicanos	32
18	Secretaría de Relaciones Exteriores	32
19	Secretaría de Salud	32
20	Secretaría de Gobernación	28
21	Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	26
22	Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	25
23	Secretaría de Comunicaciones y Transportes	25
24	Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México	21
25	Secretaría de Seguridad Pública del Estado de Veracruz	21
26	Fiscalía General del Estado de Veracruz	19

	Autoridad responsable	Número de quejas
27	Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México	18
28	Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales	17
29	Instituto Nacional del Suelo Sustentable	14
30	Junta Especial Núm. 52 de la Federal de Conciliación y Arbitraje en Ciudad del Carmen, Campeche	14
31	Instituto Nacional de Antropología e Historia	13
32	Secretaría de Seguridad Pública del Gobierno de la Ciudad de México	12
33	Comisión Nacional del Agua	11
34	Fiscalía General del Estado de Guerrero	11
35	Fiscalía General del Estado de Tamaulipas	11
36	Procuraduría General de Justicia del Estado de Tamaulipas	11
37	Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación	11
38	Secretaría del Trabajo y Previsión Social	11

**EXPEDIENTES DE ORIENTACIÓN DIRECTA POR VISITADURÍAS GENERALES
Y LA DIRECCIÓN GENERAL DE QUEJAS, ORIENTACIÓN Y TRANSPARENCIA**

Área responsable	En trámite al 31/10/2018	Registrados del 01/11/2018 al 30/11/2018	Concluidos del 01/11/2018 al 30/11/2018	En trámite al 30/11/2018
Primera Visitaduría	1	24	20	5
Segunda Visitaduría	5	17	18	4
Tercera Visitaduría	14	115	120	9
Cuarta Visitaduría	22	131	101	52
Quinta Visitaduría	1	34	34	1
Sexta Visitaduría	0	349	347	2
DGQOyT	0	102	102	0
Total	43	772	742	73

**EXPEDIENTES DE REMISIÓN POR VISITADURÍAS GENERALES
Y LA DIRECCIÓN GENERAL DE QUEJAS, ORIENTACIÓN Y TRANSPARENCIA**

Área responsable	En trámite al 31/10/2018	Registrados del 01/11/2018 al 30/11/2018	Concluidos del 01/11/2018 al 30/11/2018	En trámite al 30/11/2018
Primera Visitaduría	13	124	122	15
Segunda Visitaduría	9	237	236	10
Tercera Visitaduría	1	50	51	0
Cuarta Visitaduría	24	73	20	77
Quinta Visitaduría	4	84	87	1
Sexta Visitaduría	0	211	207	4
DGQOyT	0	130	130	0
Total	51	909	853	107

DESTINATARIOS DE LAS REMISIONES

Destinatario	Total mensual	Global 2018
Comisiones Estatales de Derechos Humanos	396	4,113
Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación	159	586
Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social de la Secretaría de la Función Pública	52	529
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	40	483
Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de la Secretaría de la Función Pública	26	278
Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación	14	166
Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social	5	149
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Educación Pública de la Secretaría de Educación Pública	17	105
Órgano Interno de Control en el Instituto Nacional de Migración de la Secretaría de Educación Pública	14	97
Órgano Interno de Control en la Policía Federal	8	93
Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo	5	83
Órgano Interno de Control en la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México	10	79
Visitaduría General de la Procuraduría General de la República	6	74
Consejo de la Judicatura Federal	7	72
Instituto Federal de la Defensoría Pública	2	55
Coordinación de Asuntos Jurídicos en la Autoridad Educativa Federal Ciudad de México	6	46
Procuraduría Federal del Consumidor	2	42
Órgano Interno de Control en la Comisión Federal de Electricidad de la Secretaría de la Función Pública	4	40
Universidad Nacional Autónoma de México	1	40
Comisión de Inconformidades del Infonavit	2	38
Defensoría de los Derechos Politécnicos	2	36
Dirección de Registros Escolares, Operación, Evaluación de la D. G. de Acreditación, Incorporación y Revalidación de la SEP	1	33
Recalificación	2	33
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	5	29
Órgano Interno de Control en el Servicio de Administración Tributaria de la Secretaría de la Función Pública	3	28
Defensoría de los Derechos Universitarios de la UNAM	2	26

Destinatario	Total mensual	Global 2018
Procuraduría Agraria de la SRA	2	25
Procuraduría de la Defensa del Contribuyente	1	24
Inspección y Contraloría General del Ejército y Fuerza Aérea Mexicana, Sedena	1	23
Procuraduría Agraria de la Sedatu	1	21
Órgano Interno de Control en la Procuraduría General de la República de la Secretaría de la Función Pública	3	20
Procuraduría General de la República	0	20
Secretaría de Educación Pública	5	20
Órgano Interno de Control de la Procuraduría Federal del Consumidor	3	19
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud de la Secretaría de la Función Pública	4	19
Procuraduría de la Defensa de los Trabajadores al Servicio del Estado	1	19
Órgano Interno de Control de la Secretaría de la Función Pública en la Secretaría de Relaciones Exteriores	0	18
Procuraduría Federal de Protección al Ambiente	1	16
Comisión Nacional del Agua	1	15
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Desarrollo Social de la Secretaría de la Función Pública	1	15
Coordinación General de Atención Ciudadana de la SEP	3	14
Órgano Interno de Control del Instituto Nacional de Antropología e Historia	3	13
Órgano Interno del Órgano Administrativo Desconcentrado, Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación	3	13
Agencia Nacional de Seguridad Industrial y de Protección al Medio Ambiente del Sector Hidrocarburos	2	12
Órgano Interno de Control en la Policía Federal Preventiva de la Secretaría de la Función Pública	2	12
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales de la Secretaría de la Función Pública	1	11
Secretaría de Relaciones Exteriores	0	11
Instituto Nacional Electoral	2	10
Unidad de Quejas, Denuncias y Responsabilidades de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje	0	10
Universidad Autónoma Metropolitana	0	10
Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro	1	9
Contraloría Interna de la Procuraduría Agraria	0	9

Destinatario	Total mensual	Global 2018
Dirección General de Bachillerato de la Secretaría de Educación Pública	1	9
Órgano Interno de Control en la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	0	9
Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros	0	8
Órgano Interno de Control de la Secretaría de la Función Pública	1	8
Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo al Servicio del Estado	3	8
Contraloría Interna de la Secretaría de la Función Pública en la Procuraduría Agraria	0	7
Inspección y Contraloría General de Marina	0	7
Órgano Interno de Control en el Hospital General de México	1	7
Órgano Interno de Control en el Instituto Politécnico Nacional en la Secretaría de la Función Pública	0	7
Órgano Interno de Control en la Comisión Nacional del Agua de la Secretaría de la Función Pública	2	7
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Comunicaciones y Transportes de la Secretaría de la Función Pública	0	7
Órgano Interno de Control en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social	1	7
Contraloría Interna de la Secretaría de la Función Pública	1	6
Fiscalía General del Estado de Oaxaca	0	6
Órgano Interno de Control del Colegio de Bachilleres	1	6
Órgano Interno de Control de la Secretaría de Gobernación	1	6
Órgano Interno de Control en la Secretaría de la Defensa Nacional de la Secretaría de la Función Pública	1	6
Petróleos Mexicanos	1	6
Coordinación de Asuntos Jurídicos de la Administración Federal de Servicios Educativos en la Ciudad de México	0	5
Defensoría de los Derechos Universitarios de la Universidad Autónoma Metropolitana	0	5
Órgano Interno de Control de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	1	5
Órgano Interno de Control del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" de la Secretaría de Salud	1	5
Órgano Interno de Control del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	0	5
Órgano Interno de Control en el Servicio Postal Mexicano de la Secretaría de la Función Pública	0	5
Órgano Interno de Control en Petróleos Mexicanos de la Secretaría de la Función Pública	0	5
Órgano Interno de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros de la S. F. P.	0	5

Destinatario	Total mensual	Global 2018
Consejo de la Judicatura del Estado de Chiapas	0	4
Contraloría Interna en el Hospital Juárez de México Secretaría de Salud	0	4
Coordinación General de Atención Ciudadana de la Unidad Ejecutiva de la SEP	0	4
Órgano Interno de Control de la Comisión Nacional de Seguridad	1	4
Órgano Interno de Control del Tribunal Superior Agrario	0	4
Órgano Interno de Control en el Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	0	4
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación de la Secretaría de la Función Pública	0	4
Secretaría de Comunicaciones y Transportes	1	4
Tribunal Superior Agrario	0	4
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	0	3
Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México	0	3
Consejo de la Judicatura en el Estado de Tamaulipas	0	3
Contraloría Interna en el Hospital General de México	0	3
Defensoría de los Derechos Humanos de la UNAM	0	3
Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores	0	3
Instituto Politécnico Nacional	0	3
Órgano Interno de Control de la Universidad Autónoma de Chapingo	1	3
Órgano Interno de Control del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica de la Secretaría de Educación Pública	0	3
Órgano Interno de Control del Instituto Nacional de Suelo Sustentable	0	3
Órgano Interno de Control del Tribunal Unitario Agrario	0	3
Órgano Interno de Control en el Fondo Nacional al Turismo	0	3
Órgano Interno de Control en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" de la Secretaría de la Función Pública	0	3
Órgano Interno de Control en el Instituto Nacional de Rehabilitación	0	3
Órgano Interno de Control en el Registro Agrario Nacional de la Secretaría de la Función Pública	0	3
Órgano Interno de Control en el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia de la Secretaría de la Función Pública	1	3
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Economía de la Secretaría de la Función Pública	0	3
Secretaría de Seguridad Pública del Estado de Oaxaca	0	3
Defensoría de los Alumnos y las Alumnas de la División de CSH de la UAM	0	2

Destinatario	Total mensual	Global 2018
Defensoría de los Derechos Universitarios de la Universidad Autónoma de Sinaloa	0	2
Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores	0	2
Instituto Mexicano del Seguro Social	0	2
Órgano Interno de Control de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores	0	2
Órgano Interno de Control de la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano	1	2
Órgano Interno de Control de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social	0	2
Órgano Interno de Control de la Universidad Pedagógica Nacional	1	2
Órgano Interno de Control del Instituto Nacional Electoral	0	2
Órgano Interno de Control del Servicio de Administración y Enajenación de Bienes de la SHCP	0	2
Órgano Interno de Control en el Banco Nacional del Ejército, Fuerza Aérea y Armada, S.N.C.	0	2
Órgano Interno de Control en el Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura de la Secretaría de la Función Pública	0	2
Órgano Interno de Control en el Instituto Nacional de Cancerología	1	2
Órgano Interno de Control en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de la Secretaría de la Función Pública	0	2
Órgano Interno de Control en el Instituto Nacional de Pediatría de la Secretaría de la Función Pública	0	2
Órgano Interno de Control en el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales	1	2
Órgano Interno de Control en el Servicio Nacional de Sanidad Inocuidad y Calidad Agroalimentaria	0	2
Órgano Interno de Control en la Administración Federal de Servicios Educativos en la Ciudad de México	0	2
Órgano Interno del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública	1	2
Secretaría de Cultura de la Ciudad de México	0	2
Secretaría de Desarrollo Social	1	2
Secretaría de la Defensa Nacional	0	2
Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales	0	2
Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación	0	2
Universidad Autónoma del Estado de México	0	2
Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo	0	2
Agencia de Seguridad, Energía y Ambiente	0	1
Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México	0	1
Biblioteca de México	0	1
Cámara de Diputados	0	1
Comisión de Arbitraje Médico de Querétaro	0	1

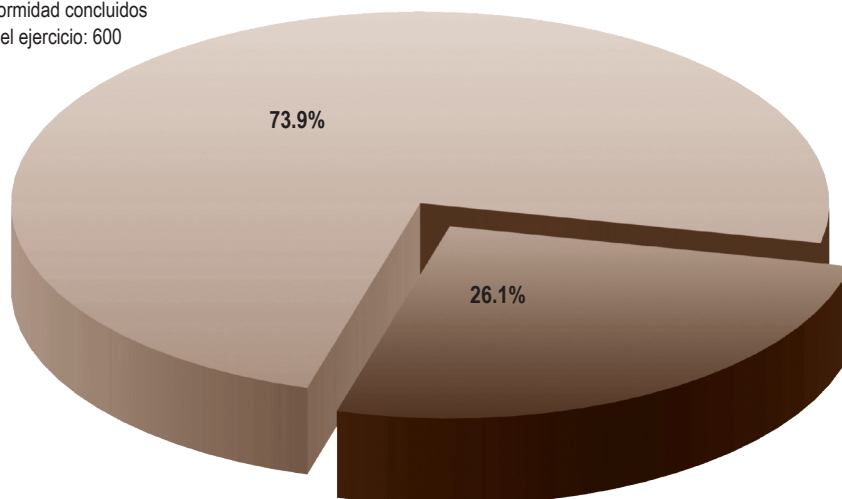
Destinatario	Total mensual	Global 2018
Comisión de Arbitraje Médico de Veracruz	0	1
Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados	0	1
Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte	0	1
Comisión Reguladora de Energía	0	1
Consejo de la Judicatura del Estado de Baja California	0	1
Consejo de la Judicatura del Estado de Veracruz	0	1
Contraloría Interna en la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión	0	1
Contraloría Interna de la Procuraduría General de la República	1	1
Contraloría Interna de la Secretaría de la Función Pública en la Secretaría de Educación Pública	0	1
Contraloría Interna de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México	0	1
Contraloría Interna del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica de la SEP	0	1
Contraloría Interna del Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación	0	1
Contraloría Interna del Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje	0	1
Defensoría de Oficio del Estado de Querétaro	0	1
Defensoría de Oficio del Estado de Tamaulipas	0	1
Fiscalía General del Estado de Veracruz	0	1
Instituto Nacional de Cancerología	0	1
Instituto Nacional de Lenguas Indígenas de la Secretaría de Educación Pública	0	1
Instituto Nacional de Perinatología	0	1
Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales	0	1
Órgano Interno de Control de Caminos y Puentes Federales de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes	0	1
Órgano Interno de Control de la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte	0	1
Órgano Interno de Control de la Sagarpa	0	1
Órgano Interno de Control de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes	1	1
Órgano Interno de Control del Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional de la SEP	1	1
Órgano Interno de Control del Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial	1	1
Órgano Interno de Control del Instituto Nacional de Cardiología	0	1
Órgano Interno de Control del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa	0	1
Órgano Interno de Control en el Banco del Ahorro Nacional y Servicios Financieros, S. N. C.	1	1
Órgano Interno de Control en el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores de la Secretaría de la Función Pública	0	1
Órgano Interno de Control en el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos de la Secretaría de la Función Pública	0	1

Destinatario	Total mensual	Global 2018
Órgano Interno de Control en el Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de la Función Pública	1	1
Órgano Interno de Control en la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de la Secretaría de la Función Pública	0	1
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Cultura	1	1
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Hacienda y Crédito Público de la Secretaría de la Función Pública	0	1
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Marina de la Secretaría de la Función Pública	0	1
Órgano Interno de Control en Telecomunicaciones de la Secretaría de la Función Pública	0	1
Órgano Interno de Aeropuertos y Servicios Auxiliares de la SCT	0	1
Órgano Interno del Instituto Nacional de Bellas Artes	0	1
Órgano Interno y de Control de la Universidad Nacional Autónoma de México	0	1
Poder Judicial del Estado de Michoacán	0	1
Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes del Sistema Nacional DIF	1	1
Secretaría de la Función Pública	0	1
Secretaría de Marina	0	1
Secretaría de Salud	1	1
Secretaría de Seguridad Pública del Estado de México	0	1
Secretaría del Trabajo y Previsión Social	0	1
Secretaría General de Gobierno del Estado de México	0	1
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	0	1
Suprema Corte de Justicia de la Nación	0	1
Tecnológico Nacional de México	0	1
Tribunal Electoral del Estado de Guerrero	0	1
Universidad Autónoma de Chiapas	0	1
Universidad Autónoma de Morelos	0	1
Universidad Autónoma de Nuevo León	0	1
Universidad Autónoma de Puebla	0	1
Universidad Autónoma de Tamaulipas	1	1
Universidad Autónoma de Veracruz	0	1
Universidad Autónoma de Yucatán	0	1
Universidad Autónoma del Estado de Nayarit	0	1
Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa	0	1
Universidad de Guadalajara	0	1
Visitaduría Ministerial de la PGJ-CDMX	0	1

INCONFORMIDADES

1	Expedientes de inconformidad registrados en el periodo 01/11/2018 al 30/11/2018	53
2	Expedientes de inconformidad registrados durante el ejercicio 01/01/2018 al 31/10/2018	552
3	Expedientes de inconformidad que se encontraban en trámite hasta el 31/12/2017	207
4	Total de expedientes de inconformidad	812
5	Expedientes de inconformidad concluidos de los registrados en el periodo	7
6	Expedientes de inconformidad concluidos durante el periodo registrados en el presente ejercicio o en ejercicios anteriores	50
7	Total de expedientes de inconformidad concluidos durante el periodo 01/11/2018 al 30/11/2018	57
8	Expedientes de inconformidad concluidos durante el ejercicio hasta el 31/10/2018	543
9	Total de expedientes de inconformidad concluidos en el ejercicio	600
10	Total de expedientes de inconformidad en trámite	212
	Recursos de Queja	35
	Recursos de Impugnación	177

Total de expedientes de inconformidad concluidos en el ejercicio: 600



Total de expedientes de inconformidad en trámite: 212

INCONFORMIDADES POR ENTIDAD FEDERATIVA

Entidad federativa		En trámite al 31/12/2017	Registrados del 01/11/2018 al 30/11/2018	Registrados en el ejercicio	Concluidos del 01/11/2018 al 30/11/2018	Concluidos en el ejercicio	En trámite
1	Aguascalientes	1	1	9	0	10	1
2	Baja California	4	1	5	1	7	2
3	Baja California Sur	0	0	3	0	3	0
4	Campeche	2	0	0	0	2	0
5	Chihuahua	8	1	33	3	18	21
6	Chiapas	11	1	30	2	22	18
7	Ciudad de México	31	4	61	5	71	20
8	Coahuila	3	1	4	0	7	1
9	Colima	2	0	5	1	3	3
10	Durango	2	1	5	2	5	1
11	Guerrero	18	2	28	2	29	17
12	Guanajuato	3	3	23	3	15	11
13	Hidalgo	5	3	17	0	19	6
14	Jalisco	9	3	22	0	24	10
15	Estado de México	12	5	47	5	49	10
16	Michoacán	9	2	13	1	17	6
17	Morelos	13	1	24	4	22	12
18	Nayarit	1	0	1	0	1	1
19	Nuevo León	3	0	12	1	10	4
20	Oaxaca	4	4	20	3	15	10
21	Puebla	5	0	25	3	21	6
22	Querétaro	2	4	11	1	12	4
23	Quintana Roo	1	1	4	1	2	3
24	Sonora	5	4	19	2	19	7
25	San Luis Potosí	5	0	15	1	16	3
26	Sinaloa	4	0	8	1	10	1
27	Tabasco	9	4	19	3	21	8
28	Tamaulipas	11	3	12	0	18	8

Entidad federativa		En trámite al 31/12/2017	Registrados del 01/11/2018 al 30/11/2018	Registrados en el ejercicio	Concluidos del 01/11/2018 al 30/11/2018	Concluidos en el ejercicio	En trámite
29	Tlaxcala	1	0	8	2	5	2
30	Veracruz	9	2	22	5	21	7
31	Yucatán	11	0	6	2	13	2
32	Zacatecas	3	2	41	3	36	7
Total		207	53	552	57	543	212

CAUSAS DE CONCLUSIÓN DE LAS INCONFORMIDADES

Causas		En el periodo 01/11/2018 al 30/11/2018	En todo el ejercicio incluido el periodo
1	Recomendación dirigida a Organismo Local	0	0
2	Recomendación dirigida a autoridad	2	6
3	Confirmación de resolución definitiva del Organismo Local	3	16
4	Desestimada o infundada	51	573
5	Suficiencia en el cumplimiento de la Recomendación emitida por Organismo Local	0	2
6	Acumulación	0	2
7	Atracción del Recurso de queja e inicio de expediente en el Programa General de Quejas	1	1
Total		57	600

ESTADÍSTICAS POR AUTORIDAD DESTINATARIA. SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES

Año	Número de Recomendaciones emitidas	No aceptadas	Aceptadas con pruebas de cumplimiento total	Aceptadas con cumplimiento insatisfactorio	Aceptadas con pruebas de cumplimiento parcial	Aceptadas sin pruebas de cumplimiento	Aceptadas en tiempo para presentar pruebas de cumplimiento	En tiempo de ser contestadas	Características peculiares	Total de autoridades destinatarias*
1990	34	3	41	—	—	—	—	—	—	44
1991	131	3	142	8	1	—	—	—	—	154
1992	271	3	284	12	1	—	—	—	—	300
1993	273	5	243	42	2	2	—	—	—	294
1994	140	5	136	30	1	—	—	—	—	172
1995	166	8	154	28	1	—	—	—	—	191
1996	124	4	120	30	—	1	—	—	—	155
1997	127	21	96	34	—	—	—	—	5	156
1998	114	15	93	34	—	3	—	—	—	145
1999	104	27	78	29	—	1	—	—	—	135
2000	37	10	20	12	1	2	—	—	—	45
2001	27	3	21	5	2	—	—	—	—	31
2002	49	8	28	17	1	1	—	—	1	56
2003	52	16	27	11	—	1	—	—	1	56
2004	92	29	36	22	2	1	—	—	6	96
2005	51	9	25	14	2	—	—	—	6	56
2006	46	12	27	12	1	1	—	—	7	60
2007	70	21	47	36	4	2	—	—	4	114
2008	67	21	29	23	4	2	—	—	5	84
2009	78	28	51	14	13	1	—	—	6	113
2010	86	29	54	8	11	3	—	—	10	115
2011	95	12	77	4	33	—	—	—	15	141
2012	93**	12	67	3	33	2	—	—	8	125
2013	86	—	49	1	51	2	—	—	6	109
2014	55**	5	22	1	36	2	—	—	1	67
2015	59**	—	19	—	52	1	—	—	—	72
2016	71**	—	12	—	87	1	—	2	—	102
2017	81**	1	7	—	124	1	1	1	—	135
2018	67***	—	3	—	41	—	17	55	—	116
Totales	2,746	310	2,008	430	504	30	18	58	81	3,439

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

** No incluyen las Recomendaciones por Violaciones Graves.

*** No incluye las recomendaciones de Violaciones Graves ni la Recomendación General.

RECOMENDACIONES EMITIDAS POR VIOLACIONES GRAVES

Recomendación núm.	Autoridad	Derecho vulnerado	Motivo de violación	Fecha
15	Presidencia de la República Gobernador constitucional del Estado de Guerrero Procuraduría General de la República Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Instituto Mexicano del Seguro Social Secretaría de Educación Pública Secretaría de Marina Secretaría de la Defensa Nacional Comisión Nacional de Seguridad Fiscalía General del Estado de Guerrero Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas Secretaría de la Función Pública Congreso del Estado de México Gobernador Constitucional del Estado de México H. Ayuntamiento de Iguala de la Independencia, Guerrero H. Ayuntamiento de Cocula, Guerrero Secretaría de Salud del Estado de Guerrero	Legalidad Integridad y seguridad personal Educación Privacidad Propiedad o posesión Salud Seguridad jurídica Vida	- Detención arbitraria - Incumplir con alguna de las formalidades para la emisión de la orden de cateo o durante al ejecución de éste, así como para las visitas domiciliarias - Retención ilegal - Incomunicación - Tortura - Trato cruel, inhumano o degradante - Impedir el acceso a servicios de educación - Actos y omisiones contrarios a la vida familiar - Revelar datos personales - Ocupar, deteriorar o destruir ilegalmente propiedad privada - Negligencia médica - Omitir implementar la infraestructura necesaria para una adecuada prestación de los servicios de salud - Omitir proporcionar atención médica - Realizar deficientemente los trámites médicos - Abstenerse a practicar diligencias para acreditar la probable responsabilidad del inculpa-do - Diferir la presentación del detenido ante la autoridad competente - Efectuar una detención sin contar con la orden correspondiente, fuera de los casos de flagrancia - Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad en el desempeño de las funciones, cargos o comisiones - Liberar o poner a disposición de la autoridad jurisdiccional a un inculpa-do después de transcurrido el tiempo legal para ello - Omitir brindar asesoría Jurídica sobre el desarrollo del procedimiento - Omitir observar el derecho a la presunción de inocencia - Prestar indebidamente el servicio público - Retardar o entorpecer la función de investigación o procuración de justicia - Privar de la vida	28/11/18
16	Procuraduría General de la República Secretaría de la Defensa Nacional	Seguridad jurídica Integridad y seguridad personal Legalidad	- Retardar o entorpecer la función de investigación o procuración de justicia - Tortura - Detención arbitraria - Retención ilegal	28/11/18

RECOMENDACIONES EMITIDAS

Recomendación núm.	Autoridad	Derecho vulnerado	Motivo de violación	Fecha
55	Gobernador Constitucional del Estado de Tamaulipas	Libertad Salud	– Obtaculizar la decisión sobre el número y espaciamiento de los hijos – Integración irregular de expedientes – Negligencia médica – Omitir implementar la infraestructura necesaria para una adecuada prestación de los servicios de salud – Omitir proporcionar atención médica	13/11/18
56	Instituto Mexicano del Seguro Social	Salud	– Integración irregular de expedientes – Negligencia médica – Omitir implementar la infraestructura necesaria para una adecuada prestación de los servicios de salud – Omitir proporcionar atención médica	12/11/18
57	Gobernador Constitucional del Estado de México Comisión de Derechos Humanos del Estado de México	Inconformidad	– Impugnación contra resolución definitiva de la CEDH	15/11/18
58	Instituto Nacional de Perinatología	Salud Trato digno	– Negligencia médica – Omitir dar información sobre el estado de salud – Infringir los derechos de maternidad	15/11/18
59	Gobernador Constitucional del Estado de Michoacán Procuraduría General de la República	Seguridad jurídica	– Integrar la averiguación previa de manera irregular o deficiente – Retardar o entorpecer la función de investigación o procuración de justicia	16/11/18
60	Comisión Federal de Competencia Económica	Legalidad	– Omitir fundar el acto de autoridad – Omitir motivar el acto de autoridad	21/11/18
61	Instituto Mexicano del Seguro Social	Salud Vida	– Negligencia médica – Privar de la vida	21/11/18
62	Comisión Nacional de Áreas Naturales Protegidas Procuraduría Federal de Protección al Ambiente Comisión Nacional del Agua Secretaría de Economía Fiscalía General del Estado de Coahuila H. Ayuntamiento de Sabinas, Coahuila Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales Gobernador Constitucional del Estado de Coahuila	Medio ambiente Propiedad o posesión	– Coartar el disfrute de un ambiente sano y ecológicamente equilibrado – Omitir dictar las medidas para el reestablecimiento del medio ambiente en caso de contaminación ecológica – Omitir el cumplimiento de las normas de salubridad, tratamiento, aseguramiento precautorio de materiales y residuos peligrosos o contaminantes – Ocupar, deteriorar o destruir ilegalmente propiedad privada – Omitir custodiar, vigilar, proteger y/o dar seguridad a lugares, instalaciones o bienes en general, afectando los derechos de terceros	22/11/18

Recomendación núm.	Autoridad	Derecho vulnerado	Motivo de violación	Fecha
63	Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México	Inconformidad	– Por omisión o dilación contra la Comisión Estatad de Derechos Humanos	26/11/18
64	Tribunal Superior de Justicia y del Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México Gobierno de la Ciudad de México	Seguridad jurídica Legalidad	– Omitir observar el derecho a la presunción de inocencia – Practicar de manera negligente las diligencias – Retardar o entorpecer la función de investigación o procuración de justicia – Detención arbitraria	26/11/18
65	Instituto Mexicano del Seguro Social	Igualdad Salud Seguridad jurídica	– Acciones y omisiones que transgreden los derechos de la mujer – Omitir prestar asistencia médica especial, en caso de maternidad e infancia – Negligencia médica – Prestar indebidamente el servicio público	30/11/18
66	Gobernador Constitucional del Estado de Chiapas Fiscalía General del Estado de Chiapas	Integridad y seguridad personal Vida	– Trato cruel, inhumano o degradante – Privar de la vida	03/12/18
67	Comisión Nacional de Seguridad Procuraduría General de la República	Integridad y seguridad personal Legalidad Seguridad jurídica	– Tortura – Detención arbitraria – Incumplir con las formalidades para realizar una detención en un caso urgente o delitos graves – Integrar la averiguación previa de manera irregular o deficiente	30/11/18

CONCILIACIONES FORMALIZADAS DURANTE EL MES

Núm. consecutivo	Número de expedientes y Visitaduría	Autoridad	Motivo de violación
1	2014/7064-1	Policía Federal de la Secretaría de Gobernación	– Prestar indebidamente el servicio público
2	2014/7535-1	Procuraduría General de Justicia del Estado de Tamaulipas	– Integrar la averiguación previa de manera irregular o deficiente
3	2015/1413-1	Policía Federal de la Secretaría de Gobernación	– Prestar indebidamente el servicio público
4	2015/ 1580-1	Policía Federal de la Secretaría de Gobernación	– Imputar indebidamente hechos – Prestar indebidamente el servicio público – Ejercer violencia desproporcionada durante la detención
5	2015/ 2044-1	Fiscalía General del Estado de Guerrero	– Omitir brindar asesoría jurídica e información sobre el desarrollo del procedimiento
6	2015/2307-1	Fiscalía General del Estado de Coahuila	– Integrar la averiguación previa de manera irregular o deficiente
7	2015/4382-1	Instituto Mexicano del Seguro Social	– Prestar indebidamente el servicio público
8	2015/6345-1	Policía Federal de la Secretaría de Gobernación	– Prestar indebidamente el servicio público
9	2015/7062-1	Policía Federal de la Secretaría de Gobernación	– Prestar indebidamente el servicio público – Trato cruel, inhumano o degradante
10	2015 /7128-1	Policía Federal de la Secretaría de Gobernación	– Prestar indebidamente el servicio público
11	2015/7562-1	Policía Federal de la Secretaría de Gobernación	– Prestar indebidamente el servicio público
12	2015/8549-1	Policía Federal de la Secretaría de Gobernación	– Prestar indebidamente el servicio público – Trato cruel, inhumano o degradante
13	2015/ 8932-1	Policía Federal de la Secretaría de Gobernación	– Prestar indebidamente el servicio público – Trato cruel, inhumano o degradante
14	2015/9728-1	Instituto Mexicano del Seguro Social	– Negligencia médica – Realizar deficientemente los trámites médicos

Núm. consecutivo	Número de expedientes y Visitaduría	Autoridad	Motivo de violación
15	2016/45-2	Secretaría de Marina	– Incumplir con alguna de las formalidades para la emisión de la orden de cateo o durante la ejecución de éste, así como para las visitas domiciliarias – Detención arbitraria – Trato cruel, inhumano o degradante
16	2016/380-4	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	– Omitir dar información sobre el estado de salud
17	2016/1214-1	Policía Federal de la Secretaría de Gobernación	– Trato cruel, inhumano o degradante
18	2016/2010-4	Instituto Mexicano del Seguro Social	– Negligencia médica
19	2016/7119-1	Fiscalía General del Estado de Tamaulipas Policía Federal de la Secretaría de Gobernación Procuraduría General de la República	– Prestar indebidamente el servicio público
20	2017/1423-1	Instituto Mexicano del Seguro Social	– Negligencia médica
21	2017/2437-1	Instituto Mexicano del Seguro Social	– Omitir proporcionar atención médica – Integración irregular de expedientes
22	2018/508-1	Policía Federal de la Secretaría de Gobernación	– Trato cruel, inhumano o degradante – Causar un daño derivado del empleo arbitrario de la fuerza pública
23	2018/1041-1	Instituto Mexicano del Seguro Social	– Prestar indebidamente el servicio público – Obstaculizar o negar las prestaciones de seguridad social a que se tiene derecho
24	2018/2163-2	Secretaría de Marina	– Incumplir con alguna de las formalidades para la emisión de la orden de cateo o durante la ejecución de éste, así como para las visitas domiciliarias
25	2018/3807-2	Procuraduría General de la República	– Acciones y omisiones que transgreden los derechos de las personas privadas de su libertad
26	2018/4685-1	Instituto Mexicano del Seguro Social	– Negligencia médica

ATENCIÓN AL PÚBLICO EN EL EDIFICIO SEDE

Actividad	Total mensual	Global 2018
Remisión vía oficio de presentación	3	21
Orientación jurídica personal y telefónica	1,787	18,710
Revisión de escrito de queja o recurso	51	458
Asistencia en la elaboración de escrito de queja	125	1,187
Recepción de escrito para conocimiento	2	12
Aportación de documentación al expediente	23	188
Acta circunstanciada que derivó en queja efectuada vía personal o telefónica	81	731
Acta circunstanciada que derivó en solución inmediata vía personal o telefónica	139	1,435
Información sobre la función de la CNDH para trabajos escolares o de investigación vía personal o telefónica	174	1,393
Información sobre el curso de solicitudes presentadas en materia de transparencia vía personal o telefónica	0	1
Total	2,385	24,136

ATENCIÓN AL PÚBLICO EN EL CENTRO HISTÓRICO

Actividad	Total mensual	Global 2018
Remisión vía oficio de presentación	0	4
Orientación jurídica personal y telefónica	276	3,426
Revisión de escrito de queja o recurso	43	304
Asistencia en la elaboración de escrito de queja	24	321
Recepción de escrito para conocimiento	0	19
Aportación de documentación al expediente	8	75
Acta circunstanciada que derivó en queja	2	29
Acta circunstanciada que derivó en solución inmediata	0	17
Información sobre la función de la CNDH para trabajos escolares o de investigación vía personal o telefónica	28	278
Total	381	4,473

GUARDIAS

Actividad	Total mensual	Global 2018
Remisión vía oficio de presentación	0	4
Orientación jurídica personal y telefónica	425	5,866
Revisión de escrito de queja o recurso	9	163
Asistencia en la elaboración de escrito de queja	29	343
Recepción de escrito para conocimiento	1	6
Aportación de documentación al expediente	2	46
Acta circunstanciada que derivó en queja efectuada vía personal o telefónica	55	533
Acta circunstanciada que derivó en solución inmediata vía personal o telefónica	72	961
Información sobre la función de la CNDH para trabajos escolares o de investigación vía personal o telefónica	27	249
Total	620	8,171

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA

Información sobre el curso de los escritos de queja recibidos en la CNDH	Total mensual	Global 2018
Primera Visitaduría	81	848
Segunda Visitaduría	78	868
Tercera Visitaduría	32	491
Cuarta Visitaduría	78	651
Quinta Visitaduría	54	605
Sexta Visitaduría	188	2,194
Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia	90	984
Total	601	6,641

DEPARTAMENTO DE OFICIALÍA DE PARTES

Tipo de documento	Total mensual	Global 2018
Escritos de queja	3,529	38,763
Documentos de autoridad	3,832	50,312
Documentos de transparencia	1	13
Documentos de CEDH	488	6,056
Presidencia	76	809
Para el personal de la CNDH	1,266	13,049
Total de documentos recibidos*	9,192	109,002

De los 9,192 documentos, 872 fueron recibidos por el área de Guardias y 515 en la oficina de la Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia en el Centro Histórico.

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE
POR LA SECRETARÍA TÉCNICA DEL CONSEJO CONSULTIVO,
A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN EN DERECHOS HUMANOS**

Sector educativo (educación básica)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
7-nov	Jardín de Niños Enrique Laubscher	Veracruz	Conferencia	Igualdad de género	Madres y padres de familia
9-nov	Primaria Licenciado Eduardo Novoa	Ciudad de México	Conferencia	Violencia de género, hostigamiento y acoso sexual	Padres de familia
13-nov	The Bright House Academy, S. C.	Ciudad de México	Curso	Educación en y para los derechos humanos	Docentes y personal en general
21-nov (5 ocasiones)	Primaria Licenciado Eduardo Novoa	Ciudad de México	Conferencia	Mediación y creación de ambientes libres de violencia escolar	Alumnas y alumnos

Sector educativo (educación media superior)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
8 y 9-nov (9 ocasiones)	Dirección General de Educación Tecnológica Industrial (DGETI)	Ciudad de México	Conferencia	Aspectos generales de derechos humanos	Alumnos de media superior
13 y 14-nov (7 ocasiones)	Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de Servicios (CETIS)	Coahuila de Zaragoza	Conferencia	Aspectos generales de derechos humanos	Alumnado
13, 14 y 15-nov (12 ocasiones)	Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios (CBTIS)	Coahuila de Zaragoza	Conferencia	Aspectos generales de derechos humanos	Alumnas y alumnos
13, 14 y 15-nov (12 ocasiones)	Dirección General de Educación Tecnológica Industrial (DGETI)	Ciudad de México	Conferencia	Aspectos generales de derechos humanos	Alumnas y alumnos del CBTIS 235

Sector educativo (educación superior)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
6-nov	Instituto Tecnológico de Iztapalapa II	Ciudad de México	Conferencia	Violencia de género, hostigamiento y acoso sexual	Alumnos y alumnas y docentes
13-nov	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	Puebla	Taller	Seguridad pública y derechos humanos	Docentes y alumnos
14-nov	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	Puebla	Conferencia	El derecho y la libertad de expresión en México	Docentes y alumnos
14-nov	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	Puebla	Conferencia	Grupos indígenas: respeto a sus derechos humanos para la procuración de justicia y la reconstrucción del tejido social	Docentes y alumnos

Servidores públicos (fuerzas armadas)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
7-nov	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas ISSFAM	Ciudad de México	Conferencia	Igualdad de género	Personal administrativo
8-nov (2 ocasiones)	Secretaría de la Defensa Nacional	Puebla	Conferencia	Derechos humanos durante la detención	Personal militar
9-nov	Secretaría de Marina Armada de México	Baja California Sur	Taller	Fuerzas armadas y derechos humanos	Batallón de Infantería
21-nov	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas ISSFAM	Ciudad de México	Conferencia	Violencia de género, hostigamiento y acoso sexual	Servidores Públicos

Servidores públicos (seguridad pública)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
14-nov	Defensoría Municipal de Derechos Humanos	Estado de México	Curso	Seguridad pública y derechos humanos	Servidores Públicos
16-nov	Comisión Nacional de Seguridad	Ciudad de México	Conferencia	Ley para la protección de personas defensoras de derechos humanos y periodistas; su Reglamento y mecanismos	Personal del Servicio de Protección Federal, perteneciente a dicha Comisión

Servidores públicos (procuración de justicia)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
6-nov	Procuraduría General de la República	Puebla	Curso	Aspectos generales de derechos humanos	Ministerios públicos
13-nov	Procuraduría General de la República	Ciudad de México	Taller	Aspectos generales de derechos humanos	Agentes de investigación

Servidores públicos (sistema penitenciario)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
9-nov	Comisión Nacional de Seguridad	Tabasco	Curso	Igualdad y no discriminación	Servidores Públicos
16-nov	Comisión Nacional de Seguridad	Guanajuato	Curso	El derecho de igualdad y no discriminación	Personal del CEFERESO Núm. 12

Servidores públicos (salud)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
6-nov	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Estado de México	Conferencia	Aspectos generales de derechos humanos	Personal de Guardería U597 Xipal
23-nov	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Oaxaca	Taller	Salud y derechos humanos	Personal médico, de enfermería y administrativo

Servidores públicos (organismos públicos de derechos humanos)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
6-nov	Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila	Coahuila de Zaragoza	Conferencia	Metodología y tratamiento didáctico para la prevención e intervención ante la violencia escolar	Docentes, servidores públicos, miembros de organizaciones civiles y público en general de Torreón
7-nov	Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila	Coahuila de Zaragoza	Conferencia	Metodología y tratamiento didáctico para la prevención e intervención ante la violencia escolar	Docentes, servidores públicos y público en general de Parras
9-nov	Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Tlaxcala	Tlaxcala	Conferencia	Pedagogía diferenciada para la educación de la igualdad	Personal docente y público en general

Servidores públicos (otros servidores públicos)

Fecha	Institución	Entidad	Actividad	Título	Dirigido a
8-nov	Comisión Federal de Electricidad CFE	Veracruz	Curso	Igualdad de género	Personal de la CFE
8-nov	Secretaría de Educación Pública	Ciudad de México	Conferencia	Violencia y derechos humanos	Personal administrativo
8-nov	Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE)	Sinaloa	Taller	Educación en y para los derechos humanos	Alumnos, padres de familia y docentes
9-nov	Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sonora	Sonora	Diplomado	Educación en y para los derechos humanos	Personal de la Fiscalía Anticorrupción de Sonora
9-nov	Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE)	Sinaloa	Conferencia	Educación en y para los derechos humanos	Docentes
10-nov	Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sonora	Sonora	Diplomado	El derecho a la educación y su impacto en la dignidad humana	Personal de la Fiscalía Anticorrupción de Sonora
13 y 15-nov (2 ocasiones)	Secretaría de Educación Pública	Ciudad de México	Conferencia	Violencia escolar y derechos humanos	Personal de la SEP
15-nov	Poder Judicial del Estado de México	Estado de México	Diplomado	Competencias de los organismos de Protección de los DDHH en México, tanto nacionales como internacionales	Jueces y Actuarios (as)
22-nov	Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla	Puebla	Conferencia	Violencia y derechos humanos	Alumnos, alumnas y servidores públicos
22 y 23-nov	Poder Judicial del Estado de Hidalgo	Hidalgo	Diplomado	Igualdad y no discriminación	Jueces y magistrados
30-nov	LICONSA, S. A. de C. V.	Estado de México	Curso	Los derechos humanos y la administración pública	Personal

Educación

Participantes en las 52 actividades

361	3,539	194
Educación básica	Educación media superior	Educación superior

Servidores públicos

Participantes en las 28 actividades

933	Otros servidores públicos
845	Fuerzas Armadas
165	Organismos públicos de derechos humanos
115	Procuración de justicia
113	Salud
92	Seguridad pública
63	Sistema Penitenciario

Actividades de vinculación realizadas por la Secretaría Técnica del Consejo Consultivo

Noviembre, 2018

Secretaría Técnica	Actividades	Participantes
Sector educativo nacional y organismos gubernamentales	1	1
Organizaciones sociales	116	1,074
Organismos Públicos de Derechos Humanos	3	27
Vinculación interinstitucional	39	41
Total vinculación	159	1,143

LISTADO DE PUBLICACIONES DEL MES

Material	Título	Núm. de ejemplares
Revista	<i>Gaceta, número 337, correspondiente a agosto de 2018</i>	1,000
Revista	<i>Gaceta, número 338, correspondiente a septiembre de 2018</i>	1,000
Libro	<i>Atrévete a cambiar: a una cultura de igualdad sustantiva</i>	1,000
Libro	<i>Documentos Básicos en Materia de Derechos Humanos en el sistema Interamericano</i>	20,000
Libro	<i>Informe Especial. La problemática de niñas, niños y adolescentes centroamericanos en contexto de migración internacional no acompañados en su tránsito por México, y con necesidades de protección internacional</i>	1,500
Libro	<i>Los huicholes o wixaritari: entre la tradición y la modernidad. Antología de textos 1969-2017</i>	500
Libro	<i>Memoria del Foro de Análisis "Los derechos de la infancia y la adolescencia en México y la Agenda 2030"</i>	1,500
Folleto	<i>Recomendación General Número 1. Derivada de las prácticas de revisiones indignas a las personas que visitan centros de reclusión estatales y federales de la República Mexicana</i>	1,000
Folleto	<i>Recomendación General Número 2. Sobre la práctica de las detenciones arbitrarias</i>	1,000
Folleto	<i>Recomendación General Número 3. Sobre mujeres internas en centros de reclusión en la República Mexicana</i>	1,000
Folleto	<i>Recomendación General Número 4. Derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de las comunidades indígenas respecto de la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar</i>	1,000
Folleto	<i>Recomendación General Número 5. Sobre el caso de la discriminación en las escuelas por motivos religiosos</i>	1,000
Folleto	<i>Recomendación General Número 6. Sobre la aplicación del examen poligráfico</i>	1,000
Folleto	<i>Recomendación General Número 7. Sobre las violaciones a la libertad de expresión de periodistas o comunicadores</i>	1,000
Folleto	<i>Recomendación General Número 8. Sobre el caso de la discriminación en las escuelas a menores portadores de VIH o que padecen sida</i>	1,000
Folleto	<i>Recomendación General Número 9. Sobre la situación de los derechos humanos de los internos que padecen trastornos mentales y se encuentran en centros de reclusión de la República Mexicana</i>	1,000
Folleto	<i>Recomendación General Número 10. Sobre la práctica de la tortura</i>	1,000

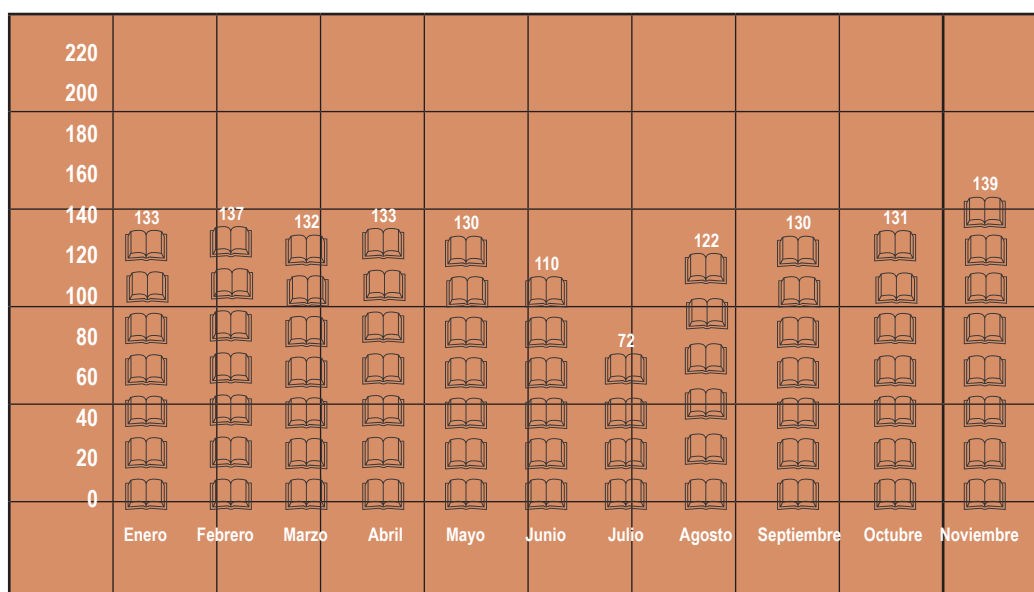
Material	Título	Núm. de ejemplares
Folleto	<i>Recomendación General Número 11. Sobre el otorgamiento de beneficios de libertad anticipada a los internos en los centros de reclusión de la República Mexicana</i>	1,000
Folleto	<i>Recomendación General Número 12. Sobre el uso ilegítimo de la fuerza y de las armas de fuego por los funcionarios o servidores públicos encargados de hacer cumplir la ley</i>	1,000
Folleto	<i>Recomendación General Número 13. Sobre la práctica de verificaciones migratorias ilegales</i>	1,000
Folleto	<i>Recomendación General Número 14. Sobre los derechos de las víctimas de delitos</i>	1,000
Folleto	<i>Recomendación General Número 15. Sobre el derecho a la protección de la salud</i>	1,000
Folleto	<i>Recomendación General Número 16. Sobre el plazo para resolver una averiguación previa</i>	1,000
Folleto	<i>Recomendación General Número 17. Sobre los casos de agresiones a periodistas y la impunidad prevaleciente</i>	1,000
Folleto	<i>Recomendación General Número 18. Sobre la situación de los derechos humanos de los internos en los centros penitenciarios de la República Mexicana</i>	1,000
Folleto	<i>Recomendación General Número 19. Sobre la práctica de cateos ilegales</i>	1,000
Etiqueta para cartilla	<i>Embarazo y VIH. Sí se puede</i>	11,150
Folleto	<i>Guía de Recomendaciones para Considerar a las Personas con Discapacidad en Protocolos de Protección Civil</i>	30
Folleto	<i>Un acercamiento a la Masculinidad aprendida en México a partir del VIH: de machos, muxes y mayates</i>	900
Fe de erratas	<i>Presupuesto Público y Derechos Humanos</i>	200
Cuaderno	<i>Primer Coloquio Intersedes del Doctorado en Derechos Humanos, 26 y 27 de noviembre de 2018. San José del Cabo, Baja California Sur</i>	72
Cartel	<i>Derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo</i>	5
Cartel	<i>Derecho de prioridad</i>	5
Cartel	<i>Derecho a la identidad</i>	5
Cartel	<i>Derecho a vivir en familia</i>	5
Cartel	<i>Derecho a la igualdad sustantiva</i>	5
Cartel	<i>Derecho a no ser discriminado</i>	5
Cartel	<i>Derecho a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral</i>	5
Cartel	<i>Derecho a una vida libre de violencia y a la integridad personal</i>	5
Cartel	<i>Derecho a la protección de la salud y a la seguridad social</i>	5
Cartel	<i>Derecho a la inclusión de niñas, niños y adolescentes con discapacidad</i>	5
Cartel	<i>Derecho a la educación</i>	5
Cartel	<i>Derecho al descanso y al esparcimiento</i>	5
Cartel	<i>Derecho a la libertad de convicciones éticas, pensamiento, conciencia, religión y cultura</i>	5

Material	Título	Núm. de ejemplares
Cartel	<i>Derecho a la libertad de expresión y de acceso a la información</i>	5
Cartel	<i>Derecho a la participación</i>	5
Cartel	<i>Derecho de asociación y reunión</i>	5
Cartel	<i>Derecho a la intimidad</i>	5
Cartel	<i>Derecho a la seguridad jurídica y al debido proceso</i>	5
Cartel	<i>Derecho de niñas, niños y adolescentes migrantes</i>	5
Cartel	<i>Derecho de acceso a las tecnologías de la información y comunicación, así como a los servicios de radiodifusión y telecomunicaciones, incluido el de banda ancha e internet</i>	5
Cartel	<i>Visión de la CNDH</i>	5
Cartel	<i>Misión de la CNDH</i>	5
Cartel	<i>Logotipo CNDH</i>	5
Cartel	<i>Logotipo Federación Mexicana de Organismos Públicos de Derechos Humanos</i>	5
Total		57,972

DISTRIBUCIÓN

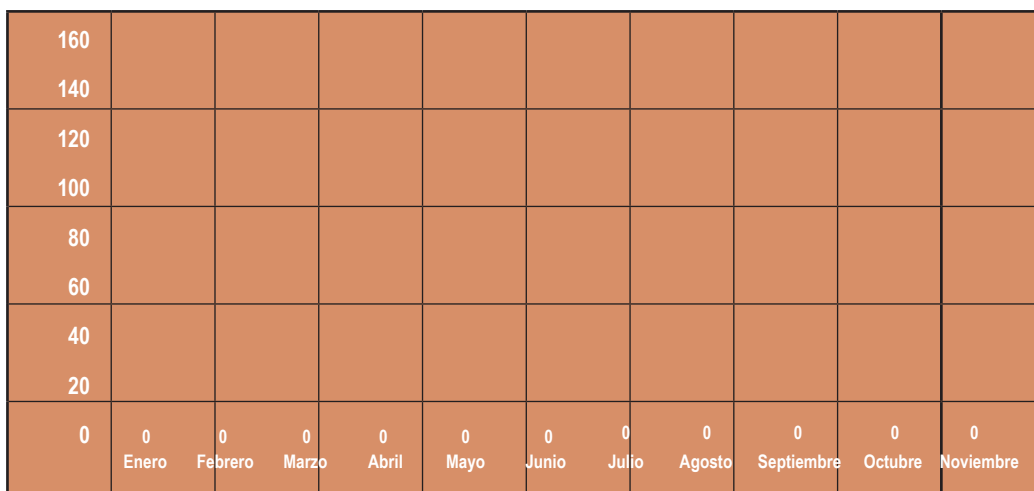
Material	Título	Núm. de ejemplares
Carteles	Varios títulos	1,860
Cartillas	Varios títulos	22,431
Cuadernos	Varios títulos	16,842
Cuadernos Braille	Varios títulos	1,231
Cuadernos (fácil lectura)	<i>Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad</i>	100
Cuadrípticos	Varios títulos	215,800
Dípticos	Varios títulos	2,350
Discos compactos	Varios títulos	5,850
Dominós	<i>Niñas y niños promueven sus derechos</i>	6,385
Etiquetas	<i>Embarazo y VIH. Sí se puede</i>	11,150
Fascículos	Varios títulos	4,488
Fe de erratas	<i>Presupuesto público y derechos humanos</i>	200
Folletos	Varios títulos	33,669
Gacetas	Varios números	2,306
Juegos de mesa serpientes y escaleras	<i>¿Conoce los derechos de niñas, niños y adolescentes? Juguemos serpientes y escaleras</i>	1,385
Libros	Varios títulos	11,480
Lotería	<i>Los derechos humanos de las niñas, los niños y los adolescentes en la migración</i>	5,885
Memorama	Varios títulos	8,970
Revistas	Varios números	2,766
Rompecabezas	<i>Responsabilidades familiares compartidas. Entre todas y todos es mejor</i>	1,421
Separadores	Varios títulos	1,310
Tarjetas	Varios títulos	19,260
Trípticos	Varios títulos	100,680
Total		477,819

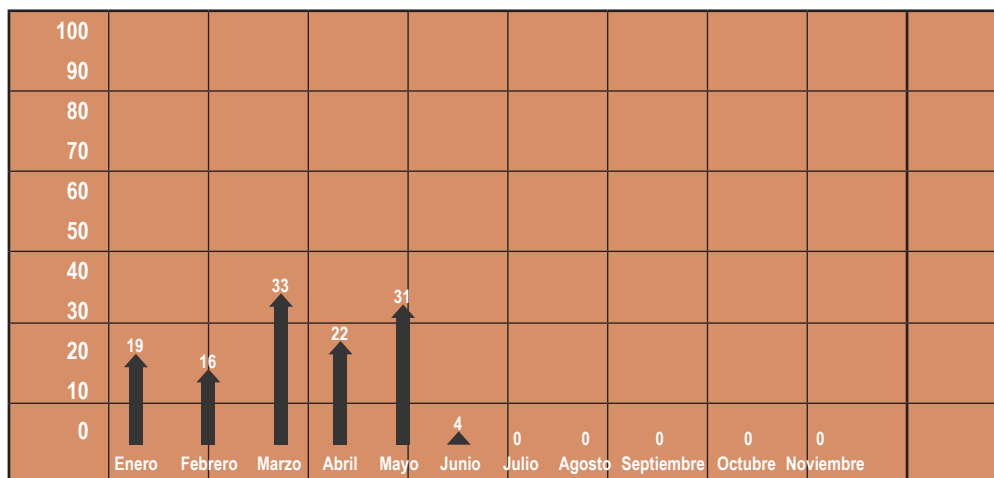
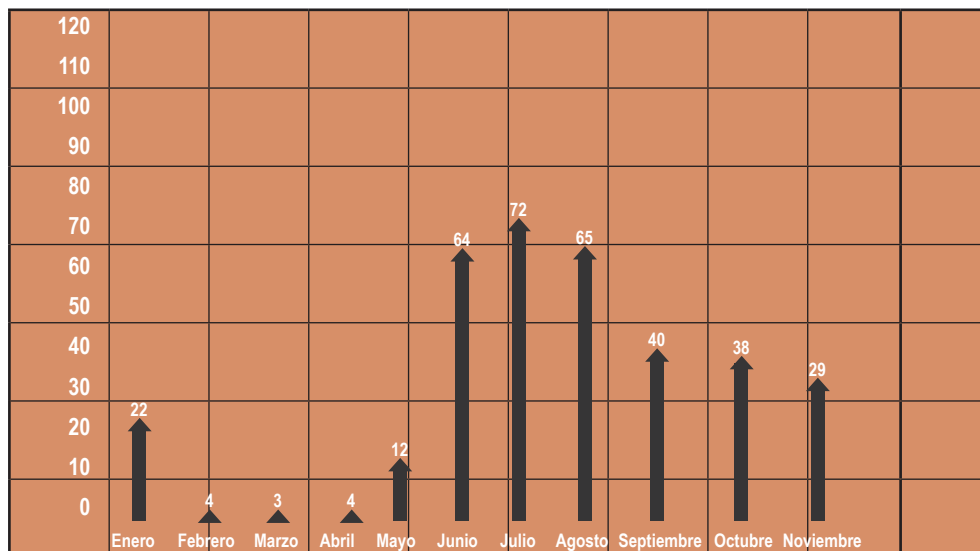
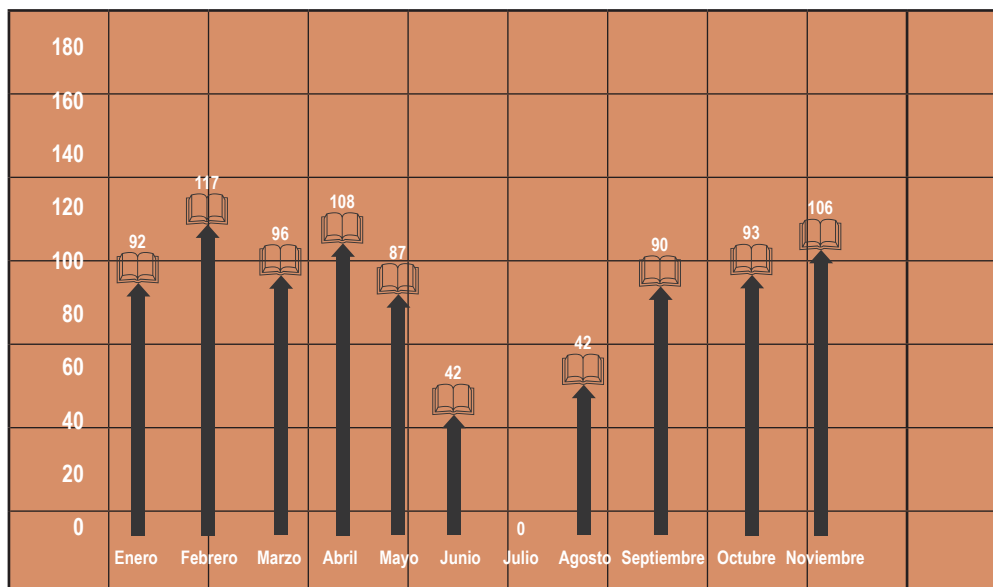
INCREMENTO DEL ACERVO



COMPRA, DONACIÓN, INTERCAMBIO Y DEPÓSITO

a. Compra



b. Intercambio**c. Donación****d. Depósito**

A. SOLICITUDES DE INFORMACIÓN EN TRÁMITE, RECIBIDAS Y CONTESTADAS

Noviembre, 2018	
Solicitudes de información	Núm.
En trámite	133
Recibidas	94
Contestadas	95

B. SOLICITUDES DE INFORMACIÓN CONTESTADAS EN EL PERIODO

Expediente	Área responsable	Solicitud	Descripción de la conclusión
1	Segunda Visitaduría General Comité de Transparencia	Copias certificadas del estudio psicológico que obra en el expediente CNDH/2/2016/8339/Q.	No acreditó identidad.
2	Sexta Visitaduría General Comité de Transparencia	Versión pública del expediente CNDH/6/2016/5887/Q.	Se acordó entregar la información, previo pago. No realizó el pago.
3	Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia Comité de Transparencia	Saber si una persona está realizando un trámite o queja ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos o la Secretaría de Gobernación.	Se acordó entregar la información previa acreditación de identidad.
4	Segunda Visitaduría General Comité de Transparencia	Copia certificada del expediente CNDH/2/2013/5320/Q/VG.	Se acordó entregar la información, previo pago. No realizó el pago.
5	Segunda Visitaduría General Comité de Transparencia	Copia certificada del expediente CNDH/2/2013/5675/Q/VG.	Se acordó entregar la información, previo pago. No realizó el pago.
6	Segunda Visitaduría General Comité de Transparencia	Copia certificada del expediente CNDH/2/2013/6067/Q/VG.	Se acordó entregar la información, previo pago. No realizó el pago.

Expediente	Área responsable	Solicitud	Descripción de la conclusión
7	Segunda Visitaduría General Comité de Transparencia	Copia certificada del expediente CNDH/2/2014/4432/Q/VG.	Se acordó entregar la información, previo pago. No realizó el pago.
8	Primera Visitaduría General Comité de Transparencia	Versión pública del expediente CNDH/1/2015/4318/Q/VG.	Se acordó entregar la información, previo pago. No realizó el pago.
9	Primera Visitaduría General Segunda Visitaduría General Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia Comité de Transparencia	Estatus de las quejas interpuestas ante esta CNDH, incluyendo fecha de inicio y de conclusión, autoridad responsable y motivos de conclusión.	Se acordó entregar la información, previa acreditación de la identidad. Se entregó la información.
10	Cuarta Visitaduría General Comité de Transparencia	Estatus del expediente CNDH/4/2016/2214/Q.	Se acordó entregar la información, previo pago. Sí realizó el pago.
11	Quinta Visitaduría General Comité de Transparencia	Información relacionada sobre el tema de trata de personas y materiales específicos para la prevención de dicho delito.	Se acordó entregar la información, previo pago. No realizó el pago.
12	Primera Visitaduría General Quinta Visitaduría General Oficialía Mayor Coordinación General de Seguimiento de Recomendaciones y de Asuntos Jurídicos Comité de Transparencia	Información sobre las quejas interpuestas por hechos ocurridos en San Fernando, Tamaulipas.	Se acordó entregar la información, previo pago. No realizó el pago.
13	Primera Visitaduría General Comité de Transparencia	Copia de toda información documental en la cual se haya basado la CNDH para realizar su reporte relacionado al número de fosas clandestinas.	Se acordó entregar la información, previo pago. No realizó el pago.
14	Oficialía Mayor Coordinación General de Seguimiento de Recomendaciones y de Asuntos Jurídicos Centro Nacional de Derechos Humanos Comité de Transparencia	Si las personas enlistadas en el archivo anexo a la solicitud tienen algún tipo de contratación, están afiliados, se les ha apoyado con alguna publicación, pago, apoyo como becas, convenios, o pertenecen a algún programa impulsado en esta institución.	Información proporcionada.
15	Primera Visitaduría General Comité de Transparencia	Base de datos de personas fallecidas no identificadas.	Información proporcionada.
16	Primera Visitaduría General Comité de Transparencia	Estadística de cadáveres sin identificar en el país desglosada por entidad federativa.	Información proporcionada.

Expediente	Área responsable	Solicitud	Descripción de la conclusión
17	Primera Visitaduría General Segunda Visitaduría General Tercera Visitaduría General Cuarta Visitaduría General Quinta Visitaduría General Sexta Visitaduría General Comité de Transparencia	Criterios, directrices, acuerdos, estatutos, sentencias, tesis, recomendaciones (internacional o nacional) o cualquier documento que sea utilizado para determinar la gravedad en la violación de derechos humanos.	Información proporcionada.
18	Oficialía Mayor Dirección General de Planeación y Análisis Comité de Transparencia	Visión, misión, programas vigentes y objetivo de las áreas de la CNDH, así como información del personal que elabora en la misma.	Información proporcionada.
19	Oficialía Mayor Comité de Transparencia	Recursos humanos y materiales con los que cuenta la Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia, particularmente en la Unidad de Transparencia .	Información proporcionada.
20	Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia Comité de Transparencia	Estadística de quejas presentadas ante esta comisión nacional respecto al desplazamiento de personas por causa de actos u omisiones de las autoridades y servidores públicos.	Información proporcionada.
21	Comité de Transparencia Unidad de Transparencia	Sistema de gestión de datos personales de la CNDH.	Información proporcionada.
22	Oficialía Mayor Comité de Transparencia	Información de los equipos de cómputo y sus ubicaciones en esta CNDH.	Información proporcionada.
23	Sexta Visitaduría General Comité de Transparencia	Estatus del expediente CNDH/6/2018/4450/R.	Información proporcionada.
24	Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia Comité de Transparencia	Información estadística del número de quejas hechas por periodistas por acoso, corrupción y violencia desde el año 2016 a la fecha.	Información proporcionada.
25	Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia Comité de Transparencia	Información estadística del número de quejas hechas por periodistas por acoso, corrupción y violencia durante el año 2017.	Información proporcionada.
26	Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia Comité de Transparencia	Información estadística del número de quejas hechas por periodistas por acoso, corrupción y violencia desde el año 2016 a la fecha.	Información proporcionada.
27	Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia Comité de Transparencia	Información estadística del número de quejas por violencia a periodistas relacionadas con empresas privadas, partidos políticos y narcotráfico desde el año 2016 a la fecha.	Información proporcionada.

Expediente	Área responsable	Solicitud	Descripción de la conclusión
28	Quinta Visitaduría General Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia Comité de Transparencia	Información estadística del número de denuncias por violencia a periodistas relacionadas con empresas privadas, partidos políticos y narcotráfico desde el año 2016 a la fecha, desglosado por sexo y edad de los quejosos.	Información proporcionada.
29	Oficialía Mayor Comité de Transparencia	Número de integrantes a nivel nacional relativo al programa "especial de periodistas", desde el año 2016 hasta la fecha.	Información proporcionada.
30	Oficialía Mayor Comité de Transparencia	Número de integrantes a nivel nacional relativo al programa de "protección de periodistas y la libertad de expresión", desde el año 2016 hasta la fecha.	Información proporcionada.
31	Coordinación General de Seguimiento de Recomendaciones y de Asuntos Jurídicos Comité de Transparencia	Estatus de la Recomendación 029/1990.	Información proporcionada.
32	Cuarta Visitaduría General Quinta Visitaduría General Comité de Transparencia	Número de quejas presentadas por desplazamiento de personas, con motivo de los servicios de salud y en circunstancias de violencia de género, del 2008 al 2018.	Información proporcionada.
33	Coordinación General de Seguimiento de Recomendaciones y de Asuntos Jurídicos Comité de Transparencia	Recomendaciones emitidas por esta Comisión Nacional en relación con la protección a periodistas y libertad de expresión desde el año 2016 hasta la fecha.	Información proporcionada.
34	Quinta Visitaduría General Secretaría Técnica del Consejo Consultivo Comité de Transparencia	Cursos impartidos en materia de protección a periodistas y relativos a libertad de expresión impartidos por la CNDH en los Estados de Chihuahua, Guerrero, Tamaulipas y Veracruz.	Información proporcionada.
35	Coordinación General de Seguimiento de Recomendaciones y de Asuntos Jurídicos Comité de Transparencia	Convenios de colaboración entre la CNDH, organizaciones de la sociedad civil y empresas privadas para la protección de periodistas y relativos a la libertad de expresión	Información proporcionada.
36	Quinta Visitaduría General Comité de Transparencia	Información de quejas presentadas ante esta comisión nacional por dos periodistas, con motivo de acoso o violencia.	Información proporcionada.
37	Oficialía Mayor Órgano Interno de Control Comité de Transparencia	Estadística de quejas y/o denuncias en contra de exservidores y servidores públicos pertenecientes a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en el periodo de 2017 y 2018.	Información proporcionada.

Expediente	Área responsable	Solicitud	Descripción de la conclusión
38	Primera Visitaduría General	Información de quejas, capacitación, protección y recomendaciones en materia de personas con discapacidad, del año 2014 a 2018, así como el funcionamiento del Mecanismo Nacional de Monitoreo de la Convención Sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad.	Información proporcionada.
	Cuarta Visitaduría General		
	Secretaría Técnica del Consejo Consultivo		
	Coordinación General de Seguimiento de Recomendaciones y de Asuntos Jurídicos		
	Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia		
	Comité de Transparencia		
39	Quinta Visitaduría General	Información respecto de contrataciones en la oficina foránea de Ciudad Juárez, Chihuahua.	Información proporcionada.
	Coordinación General de Seguimiento de Recomendaciones y de Asuntos Jurídicos		
	Oficialía Mayor		
	Comité de Transparencia		
40	Primera Visitaduría General	¿Cuáles son las medidas, programas y proyectos que se han realizado para combatir la violencia contra la mujer?	Información proporcionada.
	Cuarta Visitaduría General		
	Oficialía Mayor		
	Comité de Transparencia		
41	Primer Visitaduría General	Diagnósticos sobre el estado que guarda el tema de discapacidad en materia de discriminación, derechos humanos y acceso a la justicia.	Información proporcionada.
	Comité de Transparencia		
42	Centro Nacional de Derechos Humanos	Catálogo o directorio de todas las publicaciones hechas por esta Comisión Nacional desde el año 2008 al 2018.	Información proporcionada.
	Secretaría Técnica del Consejo Consultivo		
	Comité de Transparencia		
43	Oficialía Mayor	Copia de la Licitación IN3P-016-18, segunda convocatoria emitida por esta CNDH.	Información proporcionada.
	Comité de Transparencia		
44	Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia	Estadística de quejas presentadas por maltrato infantil.	Información proporcionada.
	Comité de Transparencia		
45	Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia	Número de quejas recibidas por tortura o malos tratos de 2010 a 2018.	Información proporcionada.
	Comité de Transparencia		

Expediente	Área responsable	Solicitud	Descripción de la conclusión
46	Primera Visitaduría General Cuarta Visitaduría General Comité de Transparencia	Medidas implementadas para disminuir la violencia contra las mujeres y la efectividad de las mismas reflejadas en la sociedad.	Información proporcionada.
47	Oficialía Mayor Comité de Transparencia	Contrato del personal de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.	Información proporcionada.
48	Cuarta Visitaduría General Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia Comité de Transparencia	Estadística de quejas por violencia a las mujeres indígenas y las soluciones brindadas.	Información proporcionada.
49	Oficialía Mayor Comité de Transparencia	Monto erogado por esta Comisión Nacional, por concepto de bono sexenal, correspondiente a los años 2000, 2006, 2012 y 2018.	Información proporcionada.
50	Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia Comité de Transparencia	Número de quejas que existen actualmente y ¿Cuántas quejas hay sin resolución?	Información proporcionada.
51	Coordinación General de Seguimiento de Recomendaciones y de Asuntos Jurídicos Centro Nacional de Derechos Humanos Comité de Transparencia	Convenios suscritos entre la ANUIES-SEGOB-CNDH, al igual que los suscritos con las Universidades Autónoma de Baja California Sur, Autónoma de Guanajuato, Autónoma de Campeche y Autónoma de Tlaxcala, así como sus adendos.	Información proporcionada.
52	Oficialía Mayor Comité de Transparencia	Lista del personal nominal de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos del año 2018 y diversa información relacionada con sus cargos.	Información proporcionada.
53	Oficialía Mayor Comité de Transparencia	Lista del personal nominal de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos del año 2017 y diversa información de su cargo público.	Información proporcionada.
54	Oficialía Mayor Comité de Transparencia	Lista del personal nominal de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos del año 2015 y diversa información relacionada con sus cargos.	Información proporcionada.
55	Oficialía Mayor Comité de Transparencia	Lista del personal nominal de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos del año 2015 y diversa información relacionada con sus cargos.	Información proporcionada.
56	Oficialía Mayor Comité de Transparencia	Lista del personal nominal de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos del año 2014 y diversa información relacionada con sus cargos.	Información proporcionada.
57	Oficialía Mayor Comité de Transparencia	Lista del personal nominal de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos del año 2013 y diversa información relacionada con sus cargos.	Información proporcionada.
58	Oficialía Mayor Comité de Transparencia	Lista del personal nominal de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos del año 2012 y diversa información relacionada con sus cargos.	Información proporcionada.
59	Oficialía Mayor Comité de Transparencia	Lista del personal nominal de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos del año 2011 y diversa información relacionada con sus cargos.	Información proporcionada.

Expediente	Área responsable	Solicitud	Descripción de la conclusión
60	Oficialía Mayor Comité de Transparencia	Lista del personal nominal de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos del año 2011 y diversa información relacionada con sus cargos.	Información proporcionada.
61	Coordinación General de Seguimiento de Recomendaciones y de Asuntos Jurídicos Comité de Transparencia	Respuesta por parte del gobierno de Nuevo León relacionado con las recomendaciones emitidas en el periodo del 2010 al 2018.	Información proporcionada.
62	Oficialía Mayor Comité de Transparencia	Lista del personal nominal de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos del año 2010 y diversa información relacionada con sus cargos.	Información proporcionada.
63	Unidad de Transparencia	"Conductas de corrupción con enfoque a los municipios de México, puede implementarse mediante artículos, estadísticas, números, textos, etc y sobre como están afectando de diferentes maneras, en las localidades, zonas en las que ocurren tal situación, y como afectara para las futuras generaciones".	No desahogó el requerimiento de información adicional.
64	Unidas de Transparencia	Información respecto de demandas que se han hecho de parte de procuradurías de protección hacia casas de asistencia social en el Estado de Sonora y a nivel nacional.	No desahogó el requerimiento de información adicional.
65	Oficialía Mayor Comité de Transparencia	Número de asesores contratados por esta comisión nacional y monto erogado de 2012 a la fecha, por ese concepto.	Información proporcionada.
66	Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia Comité de Transparencia	Número de quejas presentadas por migrantes centroamericanos de 2010 a 2018, en contra del Instituto Nacional de Migración, Policía Federal, IMSS, SEDENA, SEMAR, SEDESOL y SEGOB.	Información proporcionada.
67	Oficialía Mayor Comité de Transparencia	Monto destinado para el pago de fotografías o pinturas de funcionarios públicos, de enero del 2018 a la fecha.	Información proporcionada.
68	Secretaría Ejecutiva Comité de Transparencia	En qué consiste la técnica de selección denominada muestreo en sus expedientes de quejas y orientación, y cuál es su fundamento teórico o práctico.	Información proporcionada.
69	Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia Comité de Transparencia	Estadísticas de quejas reportadas por violencia, abuso sexual, violación, acoso sexual, hostigamiento y lesiones, contra niños recién nacidos hasta los 12 años de edad de 2017 a 2018.	Información proporcionada.
70	Centro Nacional de Derechos Humanos Comité de Transparencia	Manual de Derecho Internacional para el Ejército y Fuerza Aérea Mexicana.	Información proporcionada.
71	Sexta Visitaduría General Comité de Transparencia	Copia certificada del expediente de queja CNDH/6/2018/2342/Q.	Información clasificada como reservada.
72	Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia Comité de Transparencia	Estadística de quejas por tortura interpuestas ante esta comisión de 2006 al 30 de julio de 2018.	Información proporcionada.
73	Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia Comité de Transparencia	Estadística de quejas por violaciones a los derechos humanos en relación con la figura del arraigo del 18 de junio de 2008 a la fecha; el número de personas que se tienen registro que han sido arraigadas y las recomendaciones que se han emitido por abuso a los derechos humanos durante la ejecución del arraigo.	Información proporcionada.

Expediente	Área responsable	Solicitud	Descripción de la conclusión
74	Unidad de Transparencia	Información sobre el tema de la eutanasia en México.	No desahogó el requerimiento de información adicional.
75	Primera Visitaduría General	Respecto al Sistema Integral de Justicia para Adolescentes, ¿Se cuenta con algún indicador respecto a la discriminación de las y los adolescentes?	Información proporcionada.
	Tercera Visitaduría General		
	Cuarta Visitaduría General		
	Comité de Transparencia		
76	Oficialía Mayor	¿Qué se necesita para trabajar en la CNDH?	Información proporcionada.
	Comité de Transparencia		
77	Unidad de Transparencia	“Considera que el pleno actual cuenta con las condiciones de legitimidad y confianza que requiere una institución de esta naturaleza”.	No desahogó el requerimiento de información adicional.
78	Oficialía Mayor	Nombramiento de personal que labora en el CENADEH.	Información proporcionada.
	Comité de Transparencia		
79	Primer Visitaduría General	Estadísticas de quejas sobre desaparición forzada e informes relativos al tráiler con restos humanos en Jalisco.	Información proporcionada.
	Segunda Visitaduría General		
	Comité de Transparencia		
80	Quinta Visitaduría General	Estadísticas de quejas relacionadas con medidas cautelares en materia de periodistas desde el año 2016 a la fecha.	Información proporcionada.
	Comité de Transparencia		
81	Dirección General de Comunicación	Recursos públicos destinados al pago de pautas publicitarias en cada una de las cuentas de redes sociales oficiales de esta Comisión Nacional.	Información proporcionada.
	Comité de Transparencia		
82	Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia	Estadísticas de quejas por detenciones arbitrarias de la Policía Federal en los últimos 18 meses.	Información proporcionada.
	Comité de Transparencia		
83	Dirección General de Quejas, Orientación y Transparencia	Estadísticas de quejas por discriminación presentadas por personas jóvenes.	Información proporcionada.
	Comité de Transparencia		
84	Unidad de Transparencia	Información sobre la disponibilidad de medicamentos para el control del dolor paliativo y crónico a nivel federal, desglosado por entidad federativa y hospital.	Incompetencia.
85	Unidad de Transparencia	“Apoyos a las personas con Trimetilaminuria o TMAU, ya que el diagnóstico por parte de Secretaría de Salud no hay y mucho menos en el medio educativo, social y laboral”.	No desahogó el requerimiento de información adicional.
86	Unidad de Transparencia	Información del personal que labora en el CENADEH.	No desahogó el requerimiento de información adicional.
87	Unidad de Transparencia	Reposición de hoja de alumbramiento en hospital.	Incompetencia.
88	Unidad de Transparencia	Qué hacer si los derechos humanos son vulnerados por alguna autoridad estatal o municipal.	No desahogó el requerimiento de información adicional.
89	Unidad de Transparencia	Qué hacer en caso de vulneración a derechos humanos por alguna autoridad estatal o municipal.	No desahogó el requerimiento de información adicional.

Expediente	Área responsable	Solicitud	Descripción de la conclusión
90	Unidad de Transparencia	"En atención a mi oficio: INAI/SE/DGPVS/187/18 de fecha a 1 de octubre de 2018. De la lectura del mismo se desprende que considero como violatorio a mis derechos humanos actos de servidores públicos adscritos al IMSS".	No desahogó el requerimiento de información adicional.
91	Unidad de Transparencia	Información sobre reclamaciones de indemnización de daños y perjuicios correspondiente a la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado durante los periodos 2010-2018.	No desahogó el requerimiento de información adicional.
92	Secretaría Técnica del Consejo Consultivo	Información de capacitación en materia de derechos humanos y las funciones del CENADEH.	Información disponible públicamente.
	Centro Nacional de Derechos Humanos		
93	Cuarta Visitaduría General	Información de los indígenas que se encuentran en los Centros de Reclusión Federal.	Información disponible públicamente.
94	Coordinación General de Seguimiento de Recomendaciones y de Asuntos Jurídicos	Acciones de inconstitucionalidad emitidas por esta CNDH en el periodo del 1 de enero de 2005 al 20 de noviembre de 2018.	Información disponible públicamente.
95	Unidad de Transparencia	Total de solicitudes de acceso a la información recibidas durante el año 2018.	Información proporcionada.

C. RECURSOS EN TRÁMITE, RECIBIDOS Y RESUELTOS

Noviembre, 2018	
Recursos	Núm.
En trámite	10
Recibidos	2
Resueltos	2

D. SOLICITUDES CONTESTADAS EN EL PERIODO

Núm.	Recurso	Descripción de conclusión
1	El solicitante consideró que la respuesta otorgada fue incompleta.	Modifica la respuesta del área responsable.
2	El solicitante consideró que la respuesta otorgada fue incompleta.	Modifica la respuesta del área responsable.



GACETA 340 • NOV • 2018
Comisión Nacional de los Derechos Humanos



Actividades de la CNDH

PRESIDENCIA

DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE DE DOS MIL DIECIOCHO, EL MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, TUVO ENTRE OTRAS ACTIVIDADES DE RELEVANCIA, LAS SIGUIENTES:

- El 3 de noviembre el *Ombudsman* nacional participó en la entrega de Reconocimientos del Consejo de Mujeres Jóvenes CONALEP del Estado de México, donde aseguró que las mujeres cuentan con toda la capacidad y lo único que requieren son condiciones concretas para tomar libremente las decisiones que afectan sus vidas. Para las instituciones del Estado, este hecho implica, dijo, asumir los desafíos para que las mujeres decidan sobre sus cuerpos, sus recursos y sobre los asuntos públicos. Frente a este reto, añadió, es indispensable que hagamos visible la discriminación contra ellas, que ha restringido históricamente el pleno goce de sus derechos y obstaculizado o negado espacios para su desarrollo. Ante Enrique Mendoza Velázquez, Director General del CONALEP en el Estado de México, en representación del Secretario de Educación del Gobierno de la entidad, Alejandro Fernández Campillo, González Pérez afirmó que se debe asumir el compromiso con la autonomía de las mujeres para la igualdad entre los géneros.
Señaló que, de acuerdo con la Encuesta de Igualdad y No Discriminación que lleva a cabo la CNDH cada año, durante 2017, el 74% de las mujeres consideró que hay discriminación por ser mujer, y alrededor de 50% siente que esa situación ha aumentado. Entre las razones por las cuales las personas entrevistadas han sentido que se violaron sus derechos están la condición económica como primer lugar (28.7%), seguida del nivel educativo (18.4%) y la condición de género (17%). Estos datos dan cuenta de la discriminación como impedimento para la autonomía de las mujeres, en tanto que limita y obstaculiza el ejercicio de sus derechos. Mencionó que otro elemento que preocupa a la CNDH, y que tiene que ver con los retos para la autonomía de las jóvenes basada en la igualdad, es una triada muy compleja que se traduce en alta probabilidad de vulneración de los derechos de las mujeres jóvenes al matrimonio (o la unión libre), al embarazo a temprana edad y a la violencia sexual.
- El 10 de noviembre el *Ombudsman* nacional, Luis Raúl González Pérez, impartió conferencia magistral en el XX Congreso Internacional de Derecho Familiar, en la que se pronunció por dar dimensión más humanizada al derecho familiar e instituciones jurídicas, así como combatir y eliminar prejuicios y estereotipos que generan discriminación, para que personas y familias asuman que el respeto y protección de esas diferencias permiten la convivencia social pacífica y solidaria, propuso utilizar la ley como herramienta de transformación social, dar dimensión más humanizada a la función del derecho familiar y las instituciones jurídicas, así como ser más creativos, innovadores y sensibles a las voces de las y los titulares de derechos, lo que demanda combatir y eliminar prejuicios y estereotipos que generan discriminación, para que las personas y familias asuman que el respeto y protección de esas diferencias es lo que permite la convivencia social pacífica y solidaria. Ante investigadores, docentes y estudiantes reunidos en el Auditorio Lus Sempet Loquitur

de la Facultad de Derecho de la UNAM, el Presidente de la CNDH les expresó que, como estudiosos y profesionales del Derecho, tanto en el ámbito público como en el privado, “tenemos el enorme compromiso y responsabilidades de seguir preparándonos para contribuir a la evolución del marco jurídico nacional y de las políticas públicas con enfoque de derechos”. Al mencionar que las autoridades del Estado mexicano tienen un papel cada vez más proactivo, que adquiere la condición de árbitro o mediador en los conflictos derivados de las relaciones familiares, contribuyendo a la igualdad entre sus integrantes y al bienestar colectivo de las familias, propuso valorar si esa actuación es suficiente para garantizar el derecho humano a la protección de las familias. No podemos dejar de considerar que en plena era de la globalización, de las tecnologías de la información y comunicación, y de los derechos humanos, las familias aún padezcan los efectos lacerantes de pobreza, violencia, desigualdad y debilitamiento del tejido social. Entre los concurrentes a esta conferencia magistral estuvieron miembros del Comité Científico Internacional para la Organización de los Congresos de Derecho Familiar (COCIODEFAM) como Luis Gerardo del Valle Torres, Julián Güitrón Fuentevilla, Antonio García Sánchez, Lourdes Wills Rivera, Olga Mesa Castillo, Carlos Lasarte Álvarez, Leoba Castañeda Rivas, Birmania Sánchez Camacho, Dolores Loyarte, Susana Pacheco Rodríguez, Manuel Granados Covarrubias, Héctor Roberto Goyena Copello y Alondra Alcaraz Ramírez.

- El 13 de noviembre el *Ombudsman*, Luis Raúl González Pérez participó en la inauguración del Simposio Internacional “A 70 Años de la Declaración Universal de Derechos Humanos” donde destacó la importancia de pasar de las buenas leyes a su materialización, con presupuestos y voluntad política de los gobiernos federal y estatales, con fiscalías autónomas en todos los aspectos y seguridad pública efectiva con mando civil. Afirmó que la promesa de respeto a los derechos y a la dignidad de todas las personas, contenida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, es aún una aspiración para millones de personas ya que a las violaciones “tradicionales” a los derechos humanos se han sumado graves discriminaciones contra miembros de minorías y otros grupos en situación de vulnerabilidad como mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas indígenas, migrantes y con discapacidad. Advirtió que las propias formas de violaciones a derechos humanos se han diversificado, ya que hoy en día provienen no solo de autoridades sino de particulares e instituciones diversas, a las que deben añadirse las derivadas de la violencia como la tortura y desaparición forzada, sin olvidar las resultantes de la corrupción y la impunidad. Subrayó que frente a este panorama, México tiene el reto de velar por el Estado Democrático y de Derecho, y cumplir la hoja de ruta de la Agenda 2030 para hacer vigente el desarrollo sostenible, detener el flagelo de las desapariciones y tortura, y pasar de dotarnos de buenas leyes a su real materialización, con presupuestos y voluntad política de los gobiernos federal y estatales, con fiscalías autónomas en todos los aspectos, con seguridad pública efectiva con mando civil y atendiendo las 264 observaciones que hizo el Consejo de Derechos Humanos en el reciente Examen Periódico Universal a México.
- El 15 de noviembre la Comisión Nacional de los Derechos Humanos saludó y reconoció la determinación tomada por el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) en el sentido de invalidar la Ley de Seguridad Interior con una votación casi unánime, con lo cual se hizo eco de los argumentos contenidos en las diferentes acciones de inconstitucionalidad que se promovieron, una de las cuales fue interpuesta por la propia CNDH, recogiendo las opiniones y observaciones de diversos organismos nacionales e internacionales de protección y defensa de los derechos humanos, organizaciones de la sociedad civil, académicos y expertos en la materia. La invalidez decretada por la SCJN ratifica la necesidad de que la materia de seguridad pública y la participación temporal de las Fuerzas Armadas en ese ámbito se sujeten estrictamente a lo previsto por la Constitución y sea acorde con los parámetros internacionalmente reconocidos, los cuales plantean restringir al mínimo tales intervenciones y fortalecer el control de autoridades e instituciones civiles en ese campo. Luis Raúl González Pérez, sostuvo que si bien es positivo que el Plan Nacional de Paz y Seguridad 2018-2024 contemple diversos puntos de carácter preventivo en materia de seguridad pública y reconozca como premisa el respeto a los derechos humanos, es preciso que se enfatice el papel esencial que las autoridades civiles deben tener al respecto, y se prevenga la subordinación de autoridades civiles a militares. Apuntó que en el documento que se hizo público se enfatizan acciones de carácter reactivo y sustentadas en el uso de la fuerza como la creación de una Guardia Nacional que, mayoritariamente, estaría conformada por elementos de las Fuerzas Armadas, lo cual sería incompatible con la intención que se ha declarado en reiteradas ocasiones de fortalecer a las instituciones civiles de seguridad pública y dejar en manos de las mismas esta materia.

Señaló que el abatimiento de prácticas violatorias a los derechos humanos como ejecuciones arbitrarias, desapariciones y tortura no se puede garantizar con la sola creación de nuevos organismos como sería la Guardia Nacional que se propone, siendo necesario para ello una política integral que, de conformidad con lo previsto por la Constitución y los estándares internacionales, haga que la seguridad pública sea responsabilidad, tanto administrativa como operativa, de autoridades civiles. Al respecto, llamó la atención sobre la necesidad de que se contemple un plan específico para la revisión, capacitación y operación de las policías civiles en los distintos ámbitos y órdenes de gobierno, cuestión que el Plan Nacional no incluye.

- El 28¹ de noviembre, el *Ombudsman* nacional presentó la Recomendación 15VG/1018 relacionada a los hechos del Caso Iguala donde mencionó que una de las conclusiones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre este caso fue que “la muy grave y lamentable colusión entre autoridades y criminales ocasionó la pérdida de la vida de seis personas, lesiones a 42 y la desaparición forzada de 43 más”. Además, detalló que las omisiones de las instancias se dieron en los tres niveles de Gobierno. Dijo que se omitió el hallazgo de porciones petrosas de huesos que constituirían “un elemento suficiente para concluir que, cuando menos, los cuerpos de 19 personas habrían sido incinerados en el basurero de Cocula. El análisis genético de dichos fragmentos óseos resulta indispensable”. Criticó la actuación desapegada a derecho realizada por la PGR, en particular por el extitular de la Agencia de Investigación Criminal Tomás Zerón, quien incurrió en indebida diligencia en el río San Juan. Además, censuró que las acciones penales contra los presuntos responsables no se hayan formulado por el delito de desaparición forzada.

“Como en otros casos graves, los protagonistas de los hechos del 26 y 27 de septiembre son la ilegalidad, la corrupción y la impunidad”, añadió. Detalló que las omisiones de las instancias de los tres niveles de Gobierno ocasionaron la contaminación y pérdidas de evidencias y pruebas, y el que no se hayan agotado múltiples líneas de investigación en el caso ha derivado en que varios de los detenidos por la desaparición de los estudiantes no puedan ser juzgados y subsista la impunidad. González Pérez puso énfasis en el desaseo de las investigaciones de la Procuraduría General de la República (PGR). “Un crimen de las dimensiones del de Iguala solo puede ocurrir por la penetración del crimen en las estructuras del Gobierno. Debemos de buscar que esto nunca vuelva a ocurrir”, dijo y agregó que ello tocará al futuro Gobierno.

“En Iguala, diversas autoridades sabían que las cosas estaban descompuestas y contaminadas, pero nadie hizo nada. Con ello se hubiese evitado un desenlace como el que se presentó.”

¹ Información tomada de notas periodísticas.

COORDINACIÓN GENERAL DE SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES Y DE ASUNTOS JURÍDICOS

ACCIONES DE INCONSTITUCIONALIDAD

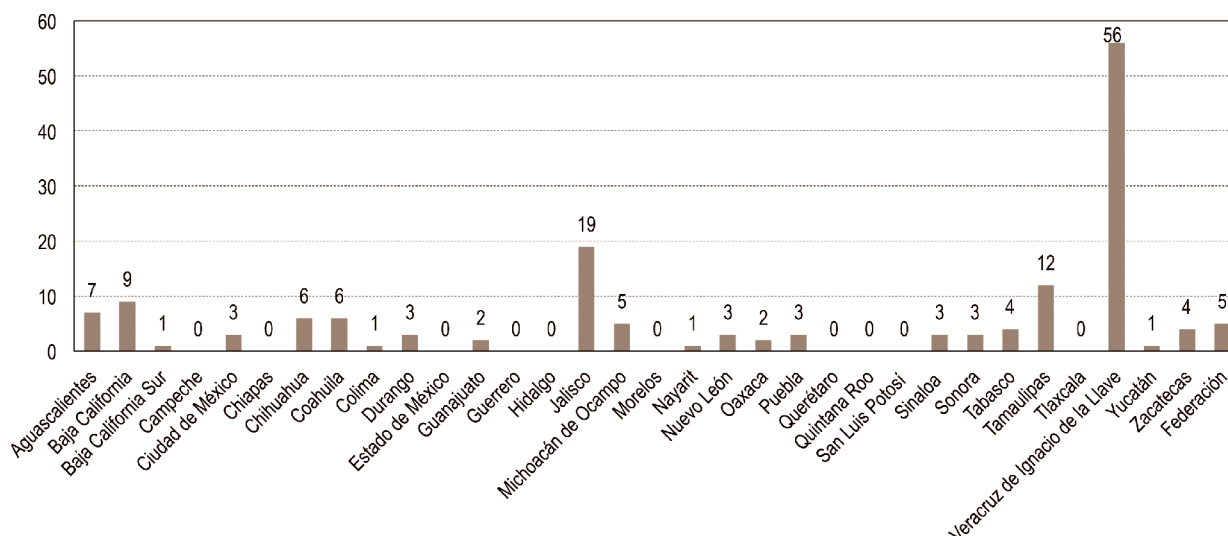
La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) tiene la atribución de promover acciones de inconstitucionalidad, ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), en contra de ordenamientos legales, tanto federales como locales, que puedan resultar contrarios a los derechos humanos que se encuentran reconocidos en el parámetro de regularidad constitucional, es decir, tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como en los tratados internacionales en la materia que haya celebrado el Estado mexicano con arreglo a la misma. Esta facultad la ejerce por conducto de su Presidente, de conformidad con lo que establece el inciso g) de la fracción II del artículo 105 de la Constitución Federal.

A efecto de detectar todas las leyes generales, federales o locales, que son publicadas y cuya vigencia puedan vulnerar los derechos fundamentales que se encuentran reconocidos a favor de todas las personas en nuestro país, la CNDH realiza diariamente la revisión del *Diario Oficial de la Federación*, así como de la totalidad de las gacetas y periódicos oficiales que se emiten en las entidades federativas.

Detección y análisis normativo

La CNDH detectó que fueron publicados durante el mes de noviembre de 2018, 159 decretos legislativos por los cuales se expidieron o modificaron normas de carácter general a nivel federal y local en los medios oficiales de difusión de la Federación y de los estados de la República. Con la finalidad de ilustrar el número de publicaciones que este Organismo Constitucional Autónomo identificó en cada entidad federativa y el Estado Federal durante el mes que se informa, se muestra la siguiente gráfica:

NORMAS DETECTADAS POR ESTADO DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE DE 2018



Una vez que se identificaron las emisiones y/o reformas a la legislación local y federal, la CNDH procede a realizar el análisis de cada una de ellas a la luz del bloque de constitucionalidad. En el caso de que se concluya que alguna de las disposiciones normativas que se estudiaron pudiera vulnerar derechos humanos, se valora la presentación de una demanda de acción de inconstitucionalidad.

En esta ocasión, durante el mes de noviembre de 2018, el Titular de la CNDH consideró pertinente promover ante la SCJN 3 demandas de acción de inconstitucionalidad en contra de 4 normas generales detectadas en los periódicos

cos encargados de dar difusión oficial, al considerar que podrían ser contrarias al texto constitucional. Dichas demandas se promovieron en contra de los cuerpos normativos que se indican:

- Federación: 2 (Ley Federal de Remuneraciones de los Servidores Públicos y Código Penal Federal) que dieron origen a la acción de inconstitucionalidad 105/2018.
- Querétaro: 1 (Ley que crea el Instituto de la Función Registral del Estado de Querétaro) que originó la acción de inconstitucionalidad 95/2018.
- Sinaloa: 1 (Constitución Política del Estado de Sinaloa) formando el expediente relativo a la acción de inconstitucionalidad 107/2018.



Acciones de inconstitucionalidad promovidas

Durante el mes de noviembre de 2018, como se indicó con anterioridad, se detectaron dos disposiciones normativas locales y dos federales que se consideró podrían resultar transgresoras de derechos humanos, por lo que se presentaron ante el Máximo Tribunal tres demandas de acción de inconstitucionalidad en los términos siguientes:

1. El 5 de noviembre de 2018, se presentó ante la SCJN demanda de acción de inconstitucionalidad en contra del artículo 10, fracción VI, de la Ley que crea el Instituto de la Función Registral del Estado de Querétaro, al estimar que se vulnera el derecho a la seguridad jurídica, los principios de legalidad, particularmente de legalidad tributaria, y de reserva de ley, así como la obligación del Estado de respetar, promover, proteger y garantizar derechos humanos, en virtud de que se facultó al Consejo Directivo de la Institución Registral local para establecer a su arbitrio los costos que deben pagarse por los servicios que presta, sin que se hayan fijado en la ley sus elementos constitutivos, a la que le recayó el número de expediente 95/2018.
2. El 22 de noviembre de 2018, se presentó ante la SCJN demanda de acción de inconstitucionalidad en contra de la Ley Federal de Remuneraciones de los Servidores Públicos (LFRSP), de forma particular sus artículos 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 16 y 17, así como los numerales 217 Bis y 217 Ter adicionados al Código Penal Federal, todos expedidos mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de noviembre de 2018, al

considerar que se vulneran los derechos a la igualdad, no discriminación, a la seguridad jurídica, a una remuneración, anual, irrenunciable y proporcional a las responsabilidades, los principios de taxatividad, legalidad, progresividad y pro persona; la garantía del debido proceso en materia de responsabilidades administrativas; así como las obligaciones de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos y de prevenir sus violaciones, a la que le recayó el número de expediente 105/2018, en razón de lo siguiente:

Adiciones al Código Penal Federal

- La redacción de los artículos 217 Bis y 217 Ter adicionados al Código Penal Federal, contienen errores que hacen imposible su aplicación.
- Derivado de esos errores, la descripción de los delitos puede generar impunidad, porque las personas que realmente deben ser sancionadas, no lo serán.
- Los artículos solo sancionan a los trabajadores de niveles de mando medio y superiores y excluyen expresamente al personal de tropa y de clase de las Fuerzas Armadas, sin embargo, el delito lo puede cometer todo tipo de servidor público, de manera que no permite que cualquier persona que realice conductas contrarias a la ley pueda ser sancionada.
- La norma sanciona a las personas si no dan aviso de una retribución en exceso, aún en los casos en que los trabajadores no se den cuenta del pago en demasía, por lo que omite considerar que puede no haber intención o mala fe de su parte.

Régimen de responsabilidades administrativas

- En nuestro sistema jurídico se cuenta con toda una estructura que regula los procedimientos y las sanciones por las faltas administrativas de los servidores públicos (Sistema Nacional Anticorrupción), sin embargo, el capítulo V de la LFRSP rompe el esquema establecido y tiene como consecuencia que no se combata adecuadamente la corrupción.
- La Constitución Federal prevé expresamente la existencia del Sistema Nacional Anticorrupción, de manera que la aplicación de cualquier sanción administrativa prevista en la propia LFRSP será inválida por no adecuarse a la estructura constitucional.

Redacción confusa y límites a créditos y préstamos de los trabajadores

- El artículo 12 de la LFRSP es confuso y su redacción permite diversas interpretaciones, todas contradictorias con la Constitución.
- La Constitución Federal señala que los préstamos y créditos que se otorgan a los trabajadores no son parte de sus remuneraciones, pero la Ley los considera como elementos que integran su salario.
- Además, la LFRSP limita la cantidad de esos préstamos, lo que hace prácticamente imposible adquirir un crédito hipotecario.
- La norma es discriminatoria respecto de los servidores públicos de mando medio, superior, sus equivalentes, o de enlace, pues restringe los préstamos y créditos, mientras que esa limitación no lo realiza respecto de las demás categorías de trabajadores.

La Ley no reglamenta adecuadamente la Constitución

- La LFRSP, en su totalidad, es deficiente porque no desarrolla la manera de fijar los salarios de los servidores públicos de acuerdo con los principios y reglas señaladas en la Constitución Política Federal.
- La ley no explica ni señala los parámetros, así como tampoco establece la forma y los elementos necesarios para fijar el salario del Presidente de la República, pues su remuneración es el referente para todos los trabajadores públicos en el país.
- La ley no cumplió con el mandato constitucional lo cual podría generar incertidumbre en perjuicio de todos los servidores públicos, ya que no tendrán certeza del sueldo que recibirán al prestar sus servicios personales a favor del Estado.

3. El día 26 de noviembre de 2018, se presentó ante la SCJN demanda de acción de inconstitucionalidad en contra del artículo 4o. Bis A, fracción I, en la porción normativa “desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la Ley correspondiente”, de la Constitución Política del Estado de Sinaloa.

Se estima que el numeral de la constitución local vulnera los derechos a la dignidad de la persona, a la vida privada, a la integridad personal, sexuales y reproductivos, al libre desarrollo de la personalidad y plan de vida, de protección de la salud, de seguridad jurídica, a decidir sobre el número y espaciamiento de hijas y/o hijos, a la igualdad y a la no discriminación, así como el principio de legalidad, toda vez que la norma impugnada, al pretender proteger de manera absoluta la vida desde la concepción, permite que se menoscabe el ejercicio de otros derechos de las mujeres, a dicha demanda le recayó el número de expediente 107/2018.

Seguimiento a las acciones de inconstitucionalidad promovidas

Alegatos

Una vez que los Poderes Legislativo y Ejecutivo demandados rinden los informes solicitados por el Ministro a quien corresponde instruir el procedimiento de acción de inconstitucionalidad, se corre traslado con copia simple de éstos a la CNDH, para que formule sus alegatos por escrito dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la notificación del acuerdo respectivo, en relación con las razones con las cuales los órganos emisor y promulgador de las normas generales reclamadas pretenden sostener la constitucionalidad de éstas.

Estos alegatos tienen como finalidad reforzar los conceptos de invalidez hechos valer por esta Comisión Nacional en su demanda y desvirtuar los argumentos de los poderes públicos inmersos en la expedición y promulgación de la o las disposiciones legales cuya invalidez fue solicitada, a efecto de hacer patente la vulneración a los derechos humanos que fue planteada en la impugnación.

Durante el mes de noviembre de esta anualidad, se formularon los siguientes alegatos:

1. El 8 de noviembre de 2018, se presentó ante la SCJN el escrito de alegatos correspondiente a la acción de inconstitucionalidad 59/2018, promovida en contra del artículo 19, fracción I en la porción normativa “por nacimiento”; así como de los diversos 26, 29, 32 y 36, párrafo tercero, en relación con la porción normativa indicada del artículo 19, fracción I, de la Ley de Justicia Administrativa del Estado de Colima.
2. El 9 de noviembre de 2018, se presentó ante la SCJN el escrito de alegatos respecto de la acción de inconstitucionalidad 79/2018, promovida en contra del artículo 58.2 de la Ley Orgánica de la Fiscalía General del Estado de Colima.
3. El 14 de noviembre de 2018, se presentó ante la SCJN el escrito de alegatos relativo a la acción de inconstitucionalidad 77/2018, promovida en contra del artículo 54, fracción VIII, de la Ley Número 677 en Materia de Desaparición de Personas para el Estado de Veracruz.
4. El 14 de noviembre de 2018, se presentó ante la SCJN el escrito de alegatos correspondiente a la acción de inconstitucionalidad 81/2018, promovida en contra del Decreto Número 778 por el que se reformaron, adicionaron y derogaron diversas disposiciones de la Ley Número 701 de Reconocimiento, Derechos y Cultura de los Pueblos y Comunidades Indígenas del Estado de Guerrero, en su totalidad; además, en particular sus artículos 2, 3, párrafos tercero y sexto, 5, primer párrafo, 6, fracción I, VII y VIII, 7, primer párrafo, 8, 10, 12, 14, 16, 25, 26, 34, 49, 53, 55, 57, 58, 60, 61, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73 y 74; asimismo, en contra del Decreto por el que se expidió la Ley Número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero, en su totalidad; adicionalmente, en particular, sus artículos 120, segundo párrafo, 125 y 126, primer párrafo.
5. El 21 de noviembre de 2018, se presentó ante la SCJN el escrito de alegatos correspondiente a la acción de inconstitucionalidad 80/2018, promovida en contra de los artículos 23, 30 y 33, en la porción normativa “las grabaciones en las que no aparezca alguna persona física identificada o identificable, tendrán el carácter de información reservada”, todos de la Ley de Videovigilancia para el Estado de Zacatecas.

Resolución de acciones de inconstitucionalidad

Concluido el trámite de las acciones de inconstitucionalidad, el Ministro a quien correspondió conducir la instrucción del procedimiento de la acción de inconstitucionalidad, dicta un acuerdo por el cual la declara cerrada, procediendo a elaborar un proyecto de sentencia. Una vez el Ministro ponente realiza el proyecto, pasa a ser listado para su discusión por el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, donde los Ministros formulan su posicionamiento y votan respecto de la propuesta de resolución.

Las sentencias emitidas por la Suprema Corte de Justicia de la Nación pueden versar en diversos sentidos, a saber, procedentes y fundadas, parcialmente procedentes y parcialmente fundadas, procedentes pero infundadas o sobreesididas, entre otros.

Durante el mes de noviembre de 2018, el Pleno de la SCJN emitió una sentencia de trascendencia histórica en torno a la Ley de Seguridad Interior, cuya demanda fue elaborada tomando en consideración una diversidad de ideas y posiciones planteadas por distintos actores de la sociedad civil.

La resolución tuvo como eje primordial la protección de los derechos humanos reconocidos en el bloque de constitucionalidad mexicano, y constituye un precedente importante sobre la participación de las Fuerzas Armadas en tareas de seguridad pública.

A continuación, se expondrán las razones que tomó en consideración el Tribunal Constitucional del Estado mexicano para emitir su decisión:

Ley de Seguridad Interior (Acción de Inconstitucionalidad 11/2018)

El Pleno de la SCJN los días 12, 13 y 15 de noviembre de 2018, discutió y resolvió, la acción de inconstitucionalidad 6/2018 y sus acumuladas 8/2018, 9/2018, 10/2018 y 11/2018, promovidas, respectivamente, por diversos diputados y senadores integrantes de la Sexagésima Tercera Legislatura del Congreso de la Unión, el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), el Partido Político Movimiento Ciudadano, y esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos en contra de diversos preceptos de la Ley de Seguridad Interior (LSI).

Respecto de dichas impugnaciones, el Tribunal Pleno resolvió lo siguiente:

- Reconoció la legitimación por parte de las minorías de diputados y senadores del Congreso de la Unión promotores, así como del INAI y de esta CNDH.
- Respecto del Partido Político Movimiento Ciudadano, resolvió que no tenía legitimación para impugnar la LSI, en virtud de que se consideró por la mayoría de los Ministros que la misma no se relacionaba con la materia electoral.
- Se declaró la invalidez total de la LSI por mayoría de 10 votos, bajo el argumento mayoritario por parte de los Ministros relativo a que el Congreso de la Unión no tiene competencia para expedir una ley en materia de seguridad interior.

Diversos Ministros se pronunciaron en relación a que existieron vicios en el proceso legislativo que tenían un potencial invalidante de la totalidad de la LSI, así como que la misma regulaba cuestiones de seguridad pública permitiendo la injerencia de fuerzas militares.

- En consecuencia, la acción de inconstitucionalidad promovida por esta CNDH fue procedente y fundada.

RESUMEN EJECUTIVO

Normas generales detectadas	159
Normas generales estimadas inconstitucionales	4
Acciones de inconstitucionalidad promovidas	3
Alegatos formulados	5
Seguimiento de resoluciones de AI	1

PRIMERA VISITADURÍA GENERAL

PROGRAMA SOBRE ASUNTOS RELACIONADOS CON NIÑAS,
NIÑOS Y ADOLESCENTES**Foro (1) “29 años
de los Derechos de la Niñez
y Adolescencia: Del marco
jurídico a la realidad
comunitaria”,
Alcaldía Álvaro Obregón,
Ciudad de México**

En conmemoración del aniversario número 29 de la Convención sobre los Derechos del Niño, el día 20 de noviembre de 2018, en coordinación con ChildFund México, se llevó a cabo en el auditorio del Centro Nacional de Derechos Humanos de este Organismo Nacional ubicado en la Ciudad de México, el Foro “29 años de los Derechos de la Niñez y Adolescencia: Del marco jurídico a la realidad comunitaria”.

En el evento, se destacó que la Convención sobre los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas, es un instrumento internacional que marcó el inicio de un cambio radical sobre las nociones que históricamente habían prevalecido en torno a las personas menores de edad para dar paso a un nuevo paradigma basado en su condición de titulares de derechos.

Se resaltó que ese instrumento internacional, refleja el compromiso de los Estados nacionales de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos de niñas, niños y adolescentes, atendiendo a las características específicas de la etapa vital en que se encuentran, las necesidades particulares de los distintos grupos de ellas y ellos y reconociéndolos como agentes sociales de cambio; lo cual, propició el derrumbe de la visión adultocéntrica que los consideraba receptores pasivos de asistencia, sin capacidad de ejercicio y supeditados a la voluntad de sus cuidadoras o cuidadores.

Para México, la ratificación de la Convención en 1990 marcó el punto de partida para la evolución y consolidación —muy paulatina— del andamiaje jurídico nacional integrado por la Constitución General de la República, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, las leyes estatales en la materia y las normas reglamentarias que de ellas derivan.

Se hizo especial énfasis en la brecha que existe entre las normas jurídicas que reconocen y protegen los derechos de la niñez y adolescencia y las realidades a las que se enfrentan en su día a día. Las acciones, compromiso y esfuerzo de los sectores público, social y privado para reducirla han sido intermitentes y desiguales, y en su mayoría, carentes de un enfoque preventivo, de tal forma que, aunque se registran avances importantes en algunos aspectos, subsisten los problemas más complejos que condicionan el acceso al goce y ejercicio de sus derechos.

Durante el Foro se realizaron diversos paneles en temas como: *Los derechos de niños y niñas en México a 29 años de la CDN (1989)*, *Cumplimiento de leyes y marco legal nacional en materia de niñez y Mapeos de mecanismos comunitarios para la protección infantil*, en los que se contó con la intervención del Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes; del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM; de la Coordinación de Protección Infantil de la Organización Comunitaria Niños de Santa Fe en Michoacán; de la Asociación Civil Investigación, Organización y Acción Comunitaria Altépetl; de ChildFund México y de la CNDH.

PROGRAMA SOBRE ASUNTOS RELACIONADOS CON LAS Y LOS JÓVENES, LAS PERSONAS MAYORES Y LAS FAMILIAS

Conferencia (1) “Los Derechos Humanos y las Familias Mexicanas”, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México A invitación de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el 7 de noviembre de 2018, el maestro Luis Raúl González Pérez, Presidente de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, participó en el *XX Congreso Internacional de Derecho Familiar La Familia es para Siempre*, el cual, tuvo verificativo en el Auditorio *Ius Semper Loquitur* de la Facultad de Derecho de la UNAM, ubicada en la Ciudad de México, con la conferencia “Los Derechos Humanos y las Familias Mexicanas”.

Durante la conferencia, se resaltó que a partir de la reforma constitucional en materia de derechos humanos en 2011, la recepción en el orden normativo interno de los instrumentos internacionales que reconocen derechos humanos, ha promovido la evolución del Derecho Familiar, cuya naturaleza jurídica se ubica históricamente en el campo del derecho privado. No obstante, sus fronteras con el derecho público se han difuminado, en aras de otorgar respuestas efectivas a una sociedad que demanda la intervención estatal para eliminar las brechas de desigualdad y vulnerabilidad que afectan a amplios sectores de la población y de manera especial a las familias.

Esa transformación, en un primer momento requiere de un uso diferente del término familia y de su sustitución por el de familias, en plural, lo cual contribuye visibilizar la multiplicidad de estructuras familiares distintas a la concepción restringida de “familia nuclear” que aún permea en la normatividad nacional.

Se destacó que las estructuras familiares son la clave para la reconstrucción del tejido social en México, así como que todas ameritan idéntica protección de los derechos humanos y salvaguarda de las prerrogativas de cada uno de sus integrantes.

Aunado a lo anterior, se enfatizó en que México requiere una revisión profunda de la legislación sustantiva y adjetiva en materia de protección a las familias que asegure además de la intervención oportuna y sensible en la resolución de conflictos derivados de las relaciones entre sus integrantes —tales como pensión alimenticia, guarda y custodia, herencias, divorcios, entre otras— una protección integral de sus derechos humanos contra las difíciles condiciones que han prevalecido en las últimas décadas, con atención centrada no sólo en la mejora del ingreso, sino en las propias personas.

Se propuso utilizar el marco jurídico como una herramienta de transformación social, dar dimensión más humanizada a la función del derecho familiar y a las instituciones jurídicas, así como ser más creativos, innovadores y sensibles a las voces de las y los titulares de derechos, lo que demanda combatir y eliminar prejuicios y estereotipos que generan discriminación, para que las personas y familias asuman que el respeto y protección de esas diferencias es lo que permite la convivencia social, pacífica y solidaria.

PROGRAMA SOBRE ASUNTOS RELATIVOS A LA APLICACIÓN DEL MECANISMO INDEPENDIENTE DE MONITOREO NACIONAL DE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Talleres (16) “Foro para la Aplicación de la Educación Inclusiva en la Práctica Docente”, Monterrey, Nuevo León En coordinación con la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León, personal adscrito al Programa sobre asuntos relativos a la aplicación del Mecanismo Independiente de Monitoreo Nacional de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de este Organismo Autónomo, los días 27 y 28 de noviembre de 2018, organizó en la ciudad de Monterrey, Nuevo León el “Foro para la

Aplicación de la Educación Inclusiva en la Práctica Docente”, con el objetivo de capacitar a docentes en materia de inclusión educativa, desde una perspectiva de derechos humanos, en el que impartió 16 talleres especializados en la práctica docente en el aula y en sus principales deficiencias.

En los talleres se abordaron distintas temáticas especializadas, entre ellas, las siguientes: Atención a Estudiantes con Trastorno de Espectro Autista; Atención a Estudiantes con Hipoacusia o Sordera; Estudiantes con Ceguera o Baja Visión; para Madres y Padres de Hijos de Estudiantes con Trastorno de Espectro Autista; Estudiantes con Parálisis Cerebral; Diversificación y Enseñanza Diferenciada en el Aula; El Arte como Medio de Expresión en las Personas con Discapacidad, y Sistemas Alternativos y Aumentativos de Comunicación.

Con dichas actividades se brindaron a docentes herramientas para incluir de manera adecuada a las personas con discapacidad y se promovió la implementación de ajustes razonables.

Cabe destacar que el Foro se llevó a cabo en el estado de Nuevo León por ser considerado por especialistas en la materia como la entidad federativa con mayores avances en educación inclusiva, lo cual permitió recoger su experiencia y las prácticas que han dado lugar a resultados exitosos.

Durante el evento se tuvo una asistencia de 574 personas, en su mayoría docentes de instituciones públicas de diversos niveles educativos, así como madres y padres de familia.

PROGRAMA SOBRE ASUNTOS RELACIONADOS CON SEXUALIDAD, SALUD Y VIH

Conferencia (1) El 14 de noviembre de 2018, el Programa sobre asuntos relacionados con sexualidad salud y VIH, en colaboración con la Dirección General de Planeación y Análisis de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, impartió en la Ciudad de México, la conferencia “Armonización Normativa de los derechos de las personas LGBTTTI+”, en la que se presentaron los resultados del ejercicio de evaluación de la armonización normativa de los derechos de las personas LGBTTTI+. Al evento asistieron servidoras y servidores públicos de organismos de derechos humanos y representantes de diversas organizaciones de la sociedad civil, teniendo una audiencia de 44 personas.

**“Armonización Normativa de los derechos de las personas LGBTTTI+”,
Alcaldía Álvaro Obregón,
Ciudad de México**

El evento fue inaugurado por el licenciado Ismael Eslava Pérez, Primer Visitador General, quien durante su participación resaltó la importancia de los resultados del estudio en materia de armonización normativa y destacó la obligación que tiene el Estado mexicano de garantizar los derechos de todas las personas e hizo énfasis en el hecho de que las entidades federativas del país tienen condiciones distintas en términos de leyes y reglamentos en torno a los derechos de las personas LGBTTTI+, lo que origina diferencias marcadas en el respeto y garantía de los mismos de una entidad a otra.

Por su parte, la licenciada Laura Gurza Jaidar, Directora de Planeación y Análisis, refirió la necesidad de reforzar los programas dirigidos a los grupos de atención prioritaria desde la perspectiva de los tratados internacionales adoptados por el Estado mexicano y destacó que este Organismo Nacional cuenta con una plataforma construida con base en los resultados del estudio de armonización, cuya consulta permite a cualquier persona conocer el grado de armonización normativa en la materia y, en consecuencia, constituye una herramienta orientadora para la implementación de acciones que permitan la materialización de los derechos humanos de la comunidad LGBTTTI+.

Finalmente, el licenciado Ricardo Hernández Forcada, Director del Programa sobre asuntos relacionados con sexualidad, salud y VIH, de esta Comisión Nacional, urgió la ampliación, fortalecimiento y materialización del marco normativo de protección de los derechos humanos de esos grupos poblacionales, ya que como consecuencia de prácticas asociadas al estigma y discriminación enfrentan dificultades en el ejercicio de sus libertades y derechos.

Seminario (1)
“III Simposio interdisciplinario
Viviendo con VIH”,
Alcaldía Coyoacán,
Ciudad de México

Por invitación del Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones en México, el Senado de la República, el Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, el 30 de noviembre de 2018, en la Alcaldía Coyoacán de la Ciudad de México, personal del Programa sobre asuntos relacionados con sexualidad, salud y VIH de este Organismo Nacional participó en el *III Simposio interdisciplinario Viviendo con VIH* con el tema “La CNDH en la Lucha”, con el objetivo de dar a conocer el trabajo realizado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante los retos que ha planteado el VIH, en materia de promoción y difusión de los derechos humanos de las personas que viven con VIH y sensibilizar sobre su pleno ejercicio, así como reflexionar sobre el estigma y discriminación asociados a ese sector de la población.

A manera de contexto del trabajo de la CNDH, se expusieron datos históricos de cifras relacionadas con quejas presentadas en este Organismo Nacional por presuntas violaciones a los derechos humanos de las personas que viven con VIH. Se indicó que la CNDH, en el periodo que va de 1992 a noviembre de 2018, tiene registro de 1,471 expedientes de queja relacionados con el VIH y el sida; de los cuales la mayoría se ha resuelto durante el trámite respectivo, destacando que la autoridad presuntamente responsable que más se mencionó en el periodo referido fue el Instituto Mexicano del Seguro Social y el principal hecho violatorio en los últimos años fue la omisión del suministro de medicamentos.

Adicionalmente, se analizaron las Recomendaciones que la CNDH ha emitido respecto del VIH, tales como la Recomendación General número 3, sobre mujeres internas en centros de reclusión en la República Mexicana, emitida en razón de que en distintos centros de readaptación o reinserción social se encontraron violaciones al derecho a la igualdad entre hombres y mujeres ante la ley; la Recomendación General Número 8/2004, sobre el caso de la discriminación en las escuelas a menores portadores de VIH o que padecen sida, en la que se analizaron violaciones al derecho a la igualdad, a la educación, a la legalidad, al trato digno, a la protección que la condición de menor de edad requiere, al derecho a la confidencialidad y a la privacidad.

También se reflexionó sobre el contenido de la Recomendación General número 15, sobre el derecho a la protección de la salud, así como de distintas recomendaciones individuales.

A dicha actividad asistieron servidoras y servidores públicos, teniendo un impacto en 30 personas.

TERCERA VISITADURÍA GENERAL

DIAGNÓSTICO NACIONAL DE SUPERVISIÓN PENITENCIARIA

Visitas para elaboración del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria

Equipos conformados por servidores públicos adscritos a la Tercera Visitaduría General, llevaron a cabo del 6 al 16 y del 19 al 26 de noviembre, la verificación de las condiciones y trato de las personas privadas de la libertad en 26 centros de reclusión ubicados en los estados de Coahuila, Jalisco, Nayarit, Veracruz, Campeche e Hidalgo, con el objetivo de realizar su evaluación, misma que forma parte del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2018.

FECHA	ENTIDAD	MUNICIPIOS
6-16 de noviembre	Coahuila	Ramos Arizpe
	Jalisco	Ciudad Guzmán
		Zacoalco de Torres
		Tonalá
		Mazamitla
		Puerto Vallarta
	Nayarit	Tepic
		Bucerías
	Veracruz	Poza Rica
		Papantla
		Tuxpan
	Campeche	Ciudad del Carmen
		Campeche
19-26 de noviembre	Hidalgo	Mixquiahuala
		Molango
		Apan
		Tizayuca
		Zacualtipán de Ángeles
		Atotonilco
		Tenango de Doria
	Nayarit	Islas Marías

Entre los centros supervisados se ubican 15 instituciones estatales, seis del orden federal y cinco cárceles municipales, en los cuales al momento de la visita se encontró una población total de 20,507 personas privadas de su libertad, 315 mujeres y 20,192 hombres, distribuidos en los centros como se describe a continuación:

ENTIDAD	CENTRO PENITENCIARIO	POBLACIÓN		TOTAL
		HOMBRES	MUJERES	
Campeche	1. Centro Penitenciario San Francisco Koben	958	29	987
	2. Centro Penitenciario de Ciudad del Carmen	259	8	267
Coahuila	3. Centro Penitenciario Federal CPS Núm.18	246	0	246
Hidalgo	4. Centro de Reinserción Social Tenango de Doria	125	8	133
	5. Centro de Reinserción Social Mixquiahuala	54	3	57
	6. Centro de Reinserción Social de Apan	75	4	79
	7. Cárcel Distrital de Tizayuca	125	8	133
	8. Cárcel Distrital Zacualtipán de Ángeles	27	0	27
	9. Centro de Reinserción Social Molango	152	4	156
	10. Cárcel Distrital de Atotonilco	19	0	19
Jalisco	11. Comisaría de Prisión Preventiva	5,934	0	5,934
	12. Inspección General del Reclusorio Zona Sur, Ciudad Guzmán	803	28	831
	13. Comisaría de Sentenciados del Estado de Jalisco	5,022	0	5,022
	14. Inspección General del Reclusorio Puerto Vallarta	601	47	648
	15. Reclusorio Municipal de Zacoalco de Torres	4	0	4
	16. Reclusorio Municipal de Mazamitla	1	0	1
Nayarit	17. Centro de Reinserción Social "Venustiano Carranza"	1,775	112	1,887
	18. Centro de Reinserción Social "Bucerías"	90	8	98
	19. Centro Federal de Readaptación Social Núm. 4 "Noroeste"	2,087	0	2,087
	20. Centro Federal de Readaptación Social "Morelos", Islas Marías	213	0	213
	21. Centro Federal de Readaptación Social "Aserradero", Islas Marías	200	0	200
	22. Centro Federal de Readaptación Social "Bugambilias", Islas Marías	114	0	114
	23. Centro Federal de Readaptación Social "Laguna del Toro", Islas Marías	141	0	141
Veracruz	24. Centro Penitenciario Tuxpan	531	24	555
	25. Centro Penitenciario Papantla	290	14	304
	26. Centro Penitenciario Poza Rica	346	18	364
TOTAL		20,192	315	20,507

Actividades de promoción

- Ciclo de Cine-Debate “Sistema penitenciario, adolescentes que infringen la ley penal, justicia restaurativa y pena de muerte, a través de un enfoque cinematográfico”** Como parte del desarrollo del Cuarto Ciclo de Cine Debate, el 15 de noviembre, se presentó la película “Monster”, cinta seleccionada en concordancia con los trabajos que se desarrollan durante los 16 días de activismo contra la violencia de género, ya que el filme trata sobre la historia real de una asesina serial que desde niña vivió en un ambiente de violencia familiar y social, además de haber sido abusada sexualmente y que al final fue condenada a la pena de muerte. Los comentarios estuvieron a cargo de la licenciada Virginia Sánchez Galván, Visitadora Adjunta de la Primera Visitaduría General de esta Comisión Nacional y donde asistieron un total de 16 personas, ocho mujeres y ocho hombres.
- Reunión del Grupo Técnico de Trabajo Estándares Avanzados de las Naciones Unidas para el Sistema Penitenciario (UNAPS)** El 20 de noviembre se realizó la 6a. sesión ordinaria del Grupo Técnico UNAPS, en la cual se realizaron observaciones al primer borrador que integra los estándares dirigidos al sistema penitenciario nacional. La reunión se llevó a cabo con la participación de personal del Sistema Nacional de Seguridad de Centros de Prevención y Reinserción Social Estatales, así como de representantes de la Oficina de Asuntos Antinarcóticos y Procuración de Justicia (UNODC) y de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; además de integrantes de organismos de la sociedad civil.
- Acciones de vinculación en torno al Día Universal del Niño** En el marco del Día Universal del Niño, que se celebró el 20 de noviembre, fecha en la que la Asamblea General de la ONU aprobó en 1959 la Declaración de los Derechos del Niño, y tras 10 años de negociaciones previas con gobiernos de todo el mundo, además de líderes religiosos y las ONG, se acordó el texto final de la Convención sobre los Derechos del Niño, el 20 de noviembre de 1989. Derivado de lo cual la Comisión Nacional de los Derechos Humanos envió diversas publicaciones a los responsables de los centros de adolescentes en conflicto con la ley en la República Mexicana.
- Congreso Penitenciario “Derechos Humanos en el Sistema Penitenciario. Retos y Perspectivas de la Ley Nacional de Ejecución Penal”** Los días 8 y 9 de noviembre se llevó a cabo, en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, el Congreso Penitenciario, organizado por las Comisiones Nacional y Estatal de Derechos Humanos, en el que participaron como ponentes de conferencias magistrales los doctores Sergio García Ramírez, Investigador de la Universidad Nacional Autónoma de México, Luis Rodríguez Manzanera, Investigador del Instituto Nacional de Ciencias Penales, Gerardo Palacios Pámanes, Exrector de la Universidad de Ciencias de la Seguridad, y las doctoras Ruth Villanueva Castilleja, Tercera Visitadora General de la CNDH y Andrea Guadarrama Prado de la Comisión Nacional de Atención a Víctimas. Durante las dos jornadas se instauraron tres mesas de trabajo, la primera se desarrolló con el tema “El Derecho Humano a la Reinserción Social Efectiva”, la segunda bajo el tópico “Retos y Desafíos de la Ley de Ejecución Penal” y la última bajo la temática del “Sistema Post-penitenciario y prevención de la Reincidencia”.
- Las jornadas de trabajo contaron con la asistencia y participación de 303 personas procedentes de instituciones educativas, de organismos protectores de derechos humanos, del sistema de reinserción social del país, así como personas interesadas en el tema.

**16 días de activismo
Contra la Violencia
de Género. “Exposición
y de productos elaborados
por mujeres privadas
de la libertad en el Estado
de Morelos”**

En el marco de los 16 días de activismo Contra la Violencia de Género se llevó a cabo en colaboración con las autoridades penitenciarias del Estado de Morelos, la “Exposición de productos elaborados por mujeres privadas de la libertad en el sistema penitenciario estatal”. El evento tuvo lugar el 26 de noviembre en las instalaciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ubicadas en República de Cuba en el Centro Histórico; en el que se realizó la venta de productos que conformaron la exposición, con el objetivo de apoyar las acciones encaminadas a la reinserción social de quienes se encuentran privadas de la libertad, en el evento participaron autoridades de Prevención y Readaptación Social Federal, integrantes de Asociaciones Civiles, Personal de Reinserción Social del estado de Morelos y de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, asistieron 54 personas, 19 mujeres y 35 hombres.

**Programa
para el Fortalecimiento
de Actividades en pro
del Derecho a la Reinserción
Social, del Centro Femenil
de Reinserción Social en la
Ciudad de México**

Con el objetivo de apoyar, de forma permanente, el Programa para el Fortalecimiento de Actividades, por el Derecho a la Reinserción Social, el 29 de noviembre se llevó a cabo una reunión con la Directora del Centro Femenil, para entregarle material que usan las internas para la creación de los *collage* en el Taller de *Collage* “Linternas de Santa Martha”, con lo cual se fortalece y promueve el trabajo y se motiva a las mujeres privadas de la libertad de dicho centro a fin de impulsar las buenas prácticas en pro de la reinserción social.

**Acciones de coordinación
con el INACIPE en torno
al estándar de competencia
laboral Aplicación
de las Reglas Mínimas de las
Naciones Unidas
para el Tratamiento
de los Reclusos
“Reglas Nelson Mandela”**

En seguimiento a las acciones derivadas del convenio de colaboración con el Instituto Nacional de Ciencias Penales, los días 1, 5 y 6 de noviembre, se llevó a cabo el curso denominado “Las Reglas Nelson Mandela en la Práctica Penitenciaria para la Reinserción Social”, como parte inicial de la preparación para la certificación personal de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el estándar de competencia laboral, aplicación de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos “Reglas Nelson Mandela” en el Sistema Penitenciario, al que asistieron 38 personas, 14 mujeres y 24 hombres.

Dados los trabajos desarrollados por personal del INACIPE y con apoyo de personal de la CNDH y de Prevención y Readaptación Social de la Administración Pública Federal, el estándar de competencia laboral fue aprobado por el Comité de Validación de Gestión por Competencia y de los Estándares de Competencia del Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales, CONOCER el 12 de noviembre, y publicado el 26 de noviembre de 2018 en el *Diario Oficial de la Federación*.

**Reunión de trabajo
para el análisis de un
“Modelo de seguimiento
post-penitenciario”**

El 16 de noviembre se llevó a cabo reunión de trabajo con representantes de la Universidad Humani Mundial, a fin de revisar y analizar los avances de los trabajos de investigación encaminados a la realización de un “Modelo de seguimiento post-penitenciario”, con el cual las instituciones penitenciarias del país cuenten con un prototipo respecto de la atención final que se debe brindar a las personas próximas a obtener su libertad, con apoyos que les permitan alcanzar una reinserción social efectiva, encauzando sus acciones de forma integral para potenciar sus aptitudes a fin de reorientar un proyecto de vida propositivo.

Acciones de seguimiento a la firma del Convenio de colaboración entre la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y el Centro de Investigación en Ciencias de Información Geoespacial, A. C. En instalaciones de la CNDH, los días 6 y 23 de noviembre se llevaron a cabo reuniones de trabajo con personal del Centro Geo del CONACYT, a efecto revisar la evolución y alcances del trabajo de investigación sobre el impacto de aspectos político-sociales y dinámicas económicas que concurren en los estados de la República Mexicana, que han presentado mayor problemática en su sistema penitenciario local en los últimos años.

Entrega de material para la promoción de los derechos humanos de las personas privadas de la libertad Durante el mes de noviembre se llevó a cabo la entrega de 1,834 publicaciones con la finalidad de contribuir a la promoción de una cultura de respeto a los derechos humanos en favor de quienes se encuentren en prisión, material que se distribuyó por entidad federativa de la siguiente forma a personas privadas de la libertad y autoridades en el sistema penitenciario nacional:

FORMATO	TÍTULO	ENTIDAD	PUBLICACIONES DISTRIBUIDAS
Libro	<i>Ciclo Cine Debate “Sistema penitenciario, adolescentes que infringen la ley penal y prevención de la tortura a través de un enfoque cinematográfico”</i>	Ciudad de México	93
		Estado de México	3
Libro	<i>Un modelo de prisión</i>	Ciudad de México	33
		Estado de México	1
Caja de discos compactos	<i>Colección de Pronunciamientos</i>	Ciudad de México	90
		Estado de México	3
Libro	<i>Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Protocolo de Estambul</i>	Ciudad de México	143
		Estado de México	3
Libro	<i>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos</i>	Ciudad de México	40
Folleto	<i>Recomendación General número 1. Derivada de las prácticas de revisiones indignas a las personas que visitan centros de reclusión estatales y federales de la República Mexicana</i>	Ciudad de México	90
		Estado de México	3
Libro	<i>Compilación, normatividad nacional e internacional en materia de justicia para adolescentes que infringen la ley penal (I)</i>	Ciudad de México	151
Libro	<i>Compilación, observaciones del comité de derechos del niño de naciones unidas relacionadas con adolescentes que infringen la ley penal (II)</i>	Ciudad de México	151
Libro	<i>Tercer Ciclo Cine Debate “Sistema penitenciario, adolescentes que infringen la ley penal y prevención de la tortura a través de un enfoque cinematográfico”</i>	Ciudad de México	93
		Estado de México	3
Discos	<i>Colección de Pronunciamientos y Compilaciones III</i>	Ciudad de México	90
		Estado de México	3

FORMATO	TÍTULO	ENTIDAD	PUBLICACIONES DISTRIBUIDAS
Folleto	<i>Recomendación General número 18</i>	Ciudad de México	90
		Estado de México	3
Folleto	<i>Recomendación General número 3</i>	Ciudad de México	90
		Estado de México	3
Folleto	<i>Recomendación General número 11</i>	Ciudad de México	90
		Estado de México	3
Folleto	<i>Recomendación General número 9</i>	Ciudad de México	90
		Estado de México	3
Fascículo	<i>Un modelo de atención y tratamiento para las personas con farmacodependencia en prisión</i>	Ciudad de México	63
		Estado de México	2
Libro	<i>Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medida no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes "Reglas Bangkok"</i>	Ciudad de México	45
Libro	<i>Catálogo de murales en los centros de reclusión penitenciaria</i>	Ciudad de México	40
Folleto	<i>Recomendación General número 22</i>	Ciudad de México	90
		Estado de México	3
Folleto	<i>Recomendación General número 28</i>	Ciudad de México	90
		Estado de México	3
Folleto	<i>Recomendación General número 30</i>	Ciudad de México	90
		Estado de México	3
Libro	<i>Las pasiones de Cuba 60</i>	Ciudad de México	40
TOTAL			1,834

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

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

Este esfuerzo se ha dirigido principalmente a las entidades federativas en cuyo territorio se asientan representativamente pueblos y comunidades indígenas y ha contado con la participación activa de las comisiones, defensorías y procuradurías estatales de derechos humanos, con quienes se ha trabajado de manera coordinada y armónica, además de instituciones directamente vinculadas al tema indígena. A continuación, se resumen:

- 1 El 2 de noviembre se realizó el *1er. Concurso de Tapetes de Aserrín Tradicionales*, dirigido a habitantes de la Alcaldía Cuauhtémoc, en la Ciudad de México, en el marco de las festividades de “Día de Muertos” organizado por la propia Alcaldía, se desarrollaron diversas actividades culturales en torno al concurso y se contó con la participación de 25 mujeres y 45 hombres, para un total de 70 personas integrantes de esa demarcación.
- 2 El 5 de noviembre se llevó a cabo una plática de dos horas, dirigida a alumnos y alumnas de diferentes carreras, con el tema “Género, Derechos Humanos e Interculturalidad”, en coordinación con la Universidad Intercultural de Chiapas, en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, en la actividad se contó con la participación de siete mujeres y nueve hombres, para un total de 16 integrantes de la comunidad estudiantil.
- 3 El 5 de noviembre se realizó una plática de dos horas, dirigida a alumnos y alumnas de diferentes carreras, con el tema “Género, Derechos Humanos e Interculturalidad”, en coordinación con la Unidad Académica Multidisciplinaria de “Oxchuc”, de la Universidad Intercultural de Chiapas”, en la actividad se contó con la participación de cuatro mujeres y 16 hombres, siendo en total de 20 estudiantes pertenecientes a pueblos y comunidades indígenas.
- 4 El 5 de noviembre se llevó a cabo una plática de dos horas, dirigida a alumnos y alumnas de diferentes carreras, con el tema “Género, Derechos Humanos e Interculturalidad”, en coordinación con la Universidad Intercultural de Chiapas, en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, en la actividad se contó con la participación de 12 mujeres y ocho hombres, para un total de 20 integrantes de la comunidad estudiantil.
- 5 El 6 de noviembre se realizó una plática de dos horas, dirigida a alumnos y alumnas de diferentes carreras, con el tema “Género, Derechos Humanos e Interculturalidad”, en coordinación con la Unidad Académica Multidisciplinaria de “Oxchuc”, de la Universidad Intercultural de Chiapas”, en la actividad se contó con la participación de ocho mujeres y cinco hombres, para un total de 13 integrantes de la comunidad estudiantil.
- 6 El 7 de noviembre se llevó a cabo una plática de dos horas, dirigida a habitantes del Pueblos de San Andrés Totoltepec, con el tema “Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Indígenas”, en coordinación con el Consejo de Gobierno Comunitario del Pueblos de San Andrés Totoltepec, en la Alcaldía de Tlalpan de la Ciudad de México, en la actividad se contó con la participación de sies mujeres y dos hombres, para un total de ocho personas integrantes de la comunidad.
- 7 El 7 de noviembre se realizó una plática de dos horas, dirigida a alumnos y alumnas de diferentes carreras, con el tema “Género, Derechos Humanos e Interculturalidad”, en coordinación con la Unidad Académica Multidisciplinaria de “Las Margaritas”, de la Universidad Intercultural de Chiapas, en la actividad se contó con la participación de 16 mujeres y 10 hombres, para un total de 26 integrantes de la comunidad estudiantil.
- 8 El 8 de noviembre se llevó a cabo una plática de dos horas, dirigida a alumnos y alumnas de diferentes carreras, con el tema “Género, Derechos Humanos e Interculturalidad”, en coordinación con la Universidad Intercultural de Chiapas, en la actividad se contó con la participación de 10 mujeres y 13 hombres, para un total de 23 integrantes de la comunidad estudiantil.

- 9 El 9 de noviembre se realizó un taller con una duración de cinco horas, dirigido a estudiantes del Seminario Permanente de Antropología Social, con el tema de “La Defensa de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas”, el cual se llevó a cabo en coordinación con el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM, en la Alcaldía Coyoacán, de la Ciudad de México; en el evento se contó con la participación de un total de 13 personas, nueve mujeres y cuatro hombres.
- 10 El 12 de noviembre se llevó a cabo un taller de dos horas de duración, dirigido a elementos de seguridad pública del Estado de Morelos, con el tema “Derechos Humanos de los Pueblos y Comunidades Indígenas”, en la Academia Estatal de Estudios Superiores en Seguridad del Estado de Morelos, en el municipio de Xochitepec, Morelos, en coordinación con la Comisión Nacional de Seguridad; en la actividad se contó con la participación de un total de 146 personas, 21 mujeres y 125 hombres.
- 11 El 13 de noviembre se realizó un taller de dos horas de duración, dirigido a elementos de seguridad pública del Estado de Morelos, con el tema “Derechos Humanos de los Pueblos y Comunidades Indígenas”, en la Academia Estatal de Estudios Superiores en Seguridad del Estado de Morelos, en el municipio de Xochitepec, Morelos, en coordinación con la Comisión Nacional de Seguridad; en la actividad se contó con la participación de un total de 146 personas, 21 mujeres y 125 hombres.
- 12 El 13 de noviembre se llevó a cabo una plática de dos horas, con el tema “Derechos Humanos de las Mujeres Indígenas”, dirigida a mujeres integrantes del Pueblo Mixteco de la comunidad de Jicayán de Tovar, en el municipio de Tlacoachistlahuaca, Guerrero, en coordinación con el Comisariado Ejidal de Jicayán de Tovar y la organización Kinal Anzetik Guerrero, A. C.; en la actividad se contó con la participación de 94 mujeres y 12 hombres, para un total de 106 personas.
- 13 El 13 de noviembre se realizó una plática de dos horas, con el tema “Derechos Humanos de las Mujeres Indígenas”, dirigida a mujeres integrantes del Pueblo Mixteco de la comunidad de Jicayán de Tovar, en el municipio de Tlacoachistlahuaca, Guerrero, en coordinación con el Comisariado Ejidal de Jicayán de Tovar y la organización Kinal Anzetik Guerrero, A. C.; en la actividad se contó con la participación de 101 mujeres y 21 hombres, para un total de 122 personas.
- 14 El 13 de noviembre se llevó a cabo una plática de dos horas, con el tema “Derechos Humanos de las Mujeres Indígenas”, dirigida a mujeres integrantes del Pueblo Mixteco de la comunidad de Jicayán de Tovar, en el municipio de Tlacoachistlahuaca, Guerrero, en coordinación con el Comisariado Ejidal de Jicayán de Tovar y la organización Kinal Anzetik Guerrero, A. C.; en la actividad se contó con la participación de 73 mujeres y 15 hombres, para un total de 88 personas.
- 15 El 14 de noviembre se realizó una plática de dos horas, con el tema “Derechos Humanos de las Mujeres Indígenas”, dirigida a mujeres integrantes del Pueblo Mixteco, en el municipio de San Marcos, Guerrero, en coordinación con la organización Kinal Anzetik Guerrero, A. C.; en la actividad se contó con la participación de 20 mujeres y dos hombres, para un total de 22 personas.
- 16 El 14 de noviembre se llevó a cabo una plática de dos horas, con el tema “Derechos Humanos de las Mujeres Indígenas Afromexicanas”, dirigida a mujeres integrantes del Pueblo Mixteco, en el municipio de San Marcos, Guerrero, en coordinación con la organización Kinal Anzetik Guerrero, A. C.; en la actividad se contó con la participación de 19 mujeres.
- 17 El 15 de noviembre se realizó una plática de dos horas, con el tema “Derechos Humanos de las Mujeres Indígenas Afromexicanas”, dirigida a mujeres integrantes del Pueblo Mixteco de la comunidad de Yozondacua del Carmen, en el municipio de Cochoapa el Grande, Guerrero, en coordinación con el Comisariado Ejidal de Yozondacua del Carmen y la organización Kinal Anzetik Guerrero, A. C.; en la actividad se contó con la participación de 27 mujeres.
- 18 El 15 de noviembre se llevó a cabo una plática de dos horas, con el tema “Derechos Humanos de las Mujeres Indígenas Afromexicanas”, dirigida a mujeres integrantes del Pueblo Mixteco de la comunidad de Yozondacua del Carmen, en el municipio de Cochoapa el Grande, Guerrero, en coordinación con el Comisariado Ejidal de Yozondacua del Carmen y la organización Kinal Anzetik Guerrero, A. C.; en la actividad se contó con la participación de 21 mujeres.
- 19 El 15 de noviembre se realizó una plática de dos horas, con el tema “Derechos Humanos de las Mujeres Indígenas Afromexicanas”, dirigida a mujeres integrantes del Pueblo Mixteco, en el municipio de Metlatonoc, Guerrero, en

- coordinación con la organización Kinal Anzetik Guerrero, A. C.; en la actividad se contó con la participación de 47 mujeres.
- 20 El 15 de noviembre se llevó a cabo una plática de dos horas con el tema “Derechos Humanos de las Mujeres Indígenas Afromexicanas”, dirigida a mujeres integrantes del Pueblo Mixteco, en el municipio de Metlatonoc, Guerrero, en coordinación con la organización Kinal Anzetik Guerrero, A. C.; en la actividad se contó con la participación de 18 mujeres.
 - 21 El 21 de noviembre, en el marco del Ciclo de Conferencias “Dr. Rodolfo Stavenhagen”, se realizó la novena sesión de este ciclo con el tema “Derechos Humanos, Cultura de Paz y Pueblos Indígenas”, con la participación de destacados ponentes. Esta sesión tuvo lugar en el Aula 2 del Edificio de los Consejos Académicos de las Ciencias Sociales, de la Universidad Nacional Autónoma de México, en coordinación con la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM; a la cual asistieron 12 personas, cinco mujeres y siete hombres.
 - 22 El 26 de noviembre se realizó una plática de una hora de duración, dirigida a niños, niñas y adolescentes del albergue “Francisco I. Madero” de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, ubicado en Postectitla, Chicontepec, Veracruz, en coordinación con la Delegación Étnica de Chicontepec, de la Comisión Estatal de Derechos Humanos Veracruz, con el tema “La Importancia de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Indígenas”, en la actividad se contó con la participación de cuatro niñas y seis niños y adolescentes, para un total de 10 personas.
 - 23 El 26 de noviembre se llevó a cabo una plática de una hora de duración, dirigida a niños, niñas y adolescentes del albergue “Francisco Ferrer Guadía” de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, ubicado en Xoltepec, Chicontepec, Veracruz, en coordinación con la Delegación Étnica de Chicontepec, de la Comisión Estatal de Derechos Humanos Veracruz, con el tema “La Importancia de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Indígenas”, en la actividad se contó con la participación de seis niñas y seis niños, para un total de 12 personas.
 - 24 El 26 de noviembre se realizó una plática de dos horas de duración, dirigida a mujeres indígenas de la Casa de la Mujer Indígena “Donaji”, ubicado en Tijuana, Baja California, con el tema “Universalidad y Especificidad de los Derechos Humanos de las Mujeres Indígenas”, en la actividad se contó con la participación de nueve mujeres y un hombre, para un total de 10 personas.
 - 25 El 27 de noviembre se llevó a cabo una plática de dos horas de duración, dirigida a estudiantes de bachillerato, con el tema “Derechos Humanos y el contexto de los adolescentes Indígenas”, en el Telebachillerato de Tzocohuite, municipio de Ixtlán de Madero, Veracruz, en coordinación con la Delegación Étnica de Chicontepec, de la Comisión Estatal de Derechos Humanos Veracruz; en la actividad se contó con la participación de 67 mujeres y 48 hombres, para un total de 115 estudiantes de bachillerato.
 - 26 El 27 de noviembre se realizó una plática de dos horas de duración, dirigida a estudiantes de secundaria, con el tema “Derechos Humanos y Adolescentes Indígenas”, en la Telesecundaria “José Azueta” de Tzocohuite, municipio de Ixtlán de Madero, Veracruz, en coordinación con la Delegación Étnica de Chicontepec, de la Comisión Estatal de Derechos Humanos Veracruz; en la actividad se contó con la participación de 60 mujeres y 55 hombres, para un total de 115 estudiantes de secundaria.
 - 27 El 27 de noviembre se llevó a cabo una plática de dos horas de duración, dirigida a habitantes de la comunidad de Cacahuatenco, municipio de Ixtlán de Madero, Veracruz, con el tema “Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas”, en coordinación con la Delegación Étnica de Chicontepec, de la Comisión Estatal de Derechos Humanos Veracruz y la Regidora 4a. del H. Ayuntamiento de Ixtlán de Madero; en la actividad se contó con la participación de 95 mujeres y 103 hombres, para un total de 198 personas.
 - 28 El 27 de noviembre se realizó una plática de dos horas de duración, dirigida a jornaleros y jornaleras agrícolas, habitantes de la comunidad de San Quintín municipio de Ensenada, Baja California, con el tema “Transversalidad de los enfoques de Género, Derechos Humanos e Interculturalidad en la Protección y Defensa de los Derechos Humanos de las Mujeres Indígenas”, en coordinación con la Unión de Productores Rurales Organizados de Baja California, A. C.; en la actividad se contó con la participación de 18 mujeres y ocho hombres, para un total de 26 personas.
 - 29 El 28 de noviembre se llevó a cabo una plática de dos horas de duración, dirigida a jóvenes integrantes del Albergue “Telpochcalli Casa de Jóvenes”, con el tema “Derechos Humanos y el contexto de los adolescentes Indígenas”, en el municipio de Zontecomatlán, Veracruz, en coordinación con la Delegación Étnica de Chicontepec, de la Comisión

- Estatad de Derechos Humanos Veracruz; en la actividad se contó con la participación de 36 mujeres y 28 hombres, para un total de 64 adolescentes indígenas.
- 30 El 28 de noviembre se realizó una plática de dos horas de duración, dirigida a personas servidoras públicas del H. Ayuntamiento Municipal, con el tema “Transversalidad de los enfoques de Género, Derechos Humanos e Interculturalidad en la Protección y Defensa de los Derechos Humanos de las Mujeres Indígenas”, en el municipio de Ensenada, Baja California, en coordinación con el H. Ayuntamiento de Ensenada; en la actividad se contó con la participación de 17 mujeres y cinco hombres, para un total de 22 personas.
 - 31 El 28 de noviembre se llevó a cabo una plática de dos horas de duración, dirigida a personas servidoras públicas del gobierno del Estado de Baja California, con el tema “Género, Derechos Humanos e Interculturalidad”, en el Centro de Gobierno en San Quintín, municipio de Ensenada, Baja California, en coordinación con la Delegación del Gobierno del Estado en San Quintín; en la actividad se contó con la participación de 17 mujeres y 11 hombres, para un total de 28 personas.
 - 32 El 28 de noviembre se realizó una plática de dos horas de duración, dirigida a personas servidoras públicas del gobierno del Estado de Baja California, con el tema “Especificidad de los Derechos de las Mujeres Indígenas”, en el Centro de Gobierno en San Quintín, municipio de Ensenada, Baja California, en coordinación con la Delegación del Gobierno del Estado en San Quintín; en la actividad se contó con la participación de ocho mujeres y siete hombres, para un total de 15 personas.
 - 33 El 29 de noviembre se llevó a cabo una plática de dos horas de duración, dirigida a estudiantes de bachillerato, con el tema “Derechos Humanos y Derechos Indígenas”, en el Telebachillerato de Zontecomatlán, en el municipio de Zontecomatlán, Veracruz, en coordinación con la Delegación Étnica de Chicontepec, de la Comisión Estatal de Derechos Humanos Veracruz, en la actividad se contó con la participación de 35 mujeres y 13 hombres, para un total de 48 estudiantes de bachillerato.
 - 34 El 29 de noviembre se realizó una plática de dos horas de duración, dirigida a habitantes de la comunidad de Tlacolula, municipio de Chicontepec, Veracruz, con el tema “Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas y su Protección”, en coordinación con la Delegación Étnica de Chicontepec, de la Comisión Estatal de Derechos Humanos Veracruz y la Agencia Municipal de Tlacolula; en la actividad se contó con la participación de 48 mujeres y 23 hombres, para un total de 71 personas.
 - 35 El 29 de noviembre se realizó una plática de dos horas de duración, dirigida a personas servidoras públicas del área de la salud, con el tema “Violencia Obstétrica y Derechos de las Mujeres Indígenas”, en el Hospital General de Zona IV, número 8 del municipio de Ensenada, Baja California; en la actividad se contó con la participación de 20 mujeres y 14 hombres, para un total de 34 personas.
 - 36 El 29 de noviembre culminó el Seminario de Escuela Itinerante de Derechos Humanos de los Pueblos y Comunidades Indígenas, a través del cual se transmitieron 11 módulos temáticos desde nueve entidades federativas, donde 28 ponentes especialistas y teóricos/as que, desde la academia y las instituciones, expusieron diversos puntos de vista y compartieron sus experiencias y reflexiones, así entre el 10 de agosto y el 29 de noviembre en once sedes diferentes, participaron 489 personas, de ellas 269 fueron mujeres y 220 hombres; uno de los resultados más importantes es la creación del micrositio que puede ser consultado en: <http://escuelapueblosindigenas.cndh.org.mx/Ponencias.html>
 - 37 El 30 de noviembre se llevó a cabo una plática de dos horas de duración, dirigida a habitantes de la comunidad de Teacatl de Amatlán, municipio de Chicontepec, Veracruz, con el tema “Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas”, en coordinación con la Delegación Étnica de Chicontepec, de la Comisión Estatal de Derechos Humanos Veracruz y la Agencia Municipal de Teacatl de Amatlán; en la actividad se contó con la participación de 38 mujeres y 37 hombres, para un total de 75 personas.
 - 38 El 30 de noviembre se realizó el Foro “Los Derechos Humanos de las Adolescentes Indígenas. Compromisos Internacionales y Desafíos para su Implementación y Consolidación en México”, dirigida a personas adolescentes y servidoras públicas, en la ciudad de Mérida, Yucatán, en coordinación con la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, en el evento se contó con la participación de 60 mujeres y 35 hombres, para un total de 95 personas.

PROGRAMA DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS INDÍGENAS EN RECLUSIÓN

Como parte de las acciones de atención a personas pertenecientes a Pueblos Indígenas que se encuentran privadas de la libertad en diferentes centros de internamiento, se realizaron las siguientes actividades:

Visitas a centros de reclusión

En las visitas a los centros de reclusión, personas servidoras públicas de este Organismo Nacional realizaron entrevistas individualizadas a integrantes de pueblos y comunidades indígenas, se les proporcionó orientación jurídica y de acuerdo con cada caso planteado, algunos formularon escrito de petición, lo que se detalla en el siguiente cuadro:

ENTIDAD FEDERATIVA	FECHA	NOMBRE DEL CENTRO DE RECLUSIÓN	ORIENTACIONES	PETICIONES	INTERNOS ENTREVISTADOS
Quintana Roo	7 de noviembre	Centro de Reinserción Social, Benito Juárez de Quintana Roo	44	39	44
Puebla	21 de noviembre	Centro de Reinserción Social de Puebla	61	43	61
TOTALES			105	82	105

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

Durante el mes de noviembre del año en curso, se llevaron a cabo nueve actividades de promoción a la cual asistieron 751 personas, 576 mujeres y 175 hombres.

1. El 7 de noviembre, en la Ciudad de México, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en coordinación con el Centro de Investigaciones de Estudios de Género (CIEG-UNAM), clausuraron el Cuarto Ciclo de Conferencias Elvia Carrillo Puerto, realizando la octava conferencia denominada “Paridad y Participación Política”, impartida por la doctora Georgina Cárdenas Acosta. Los asistentes fueron servidoras/es públicas/os de diferentes instituciones de la administración pública federal, así como público en general, a la conferencia asistieron 39 personas, 30 mujeres y nueve hombres.
2. El 16 de noviembre, en Oaxaca, a petición de las Nueve Lunas A. C., se impartió una conferencia en el marco del “Encuentro sobre Partería, Cultura, Ancestralidad y Derechos”, al encuentro asistieron el Consejo de Abuelas Parteras Guardianas del Saber Ancestral de México, y público en general y se registraron 49 personas, 47 mujeres y dos hombres.
3. El 20 de noviembre, en Campeche, a solicitud del Tribunal Superior de Justicia de Campeche, se impartió conferencia sobre el “Análisis de la Recomendación General Núm. 31 sobre Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”, la cual estuvo dirigida a servidoras/es públicas/os del tribunal y otras servidoras/es públicas/os y se registraron 149 personas, 115 mujeres y 34 hombres.
4. El 23 de noviembre, en Nayarit, a petición de la Comisión Municipal de los Derechos Humanos de Bahía de Bandera, se impartió la conferencia “Violencia de Género”, la cual estuvo dirigida a servidoras/es públicas/os del organismo de derechos humanos y público asistente, se registraron 43 personas, 18 mujeres y 25 hombres.
5. El 23 de noviembre, en Jalisco, a solicitud del PARITÉ, Observatorio Ciudadano de la Participación de las Mujeres, y en el marco del “Foro Avances y Desafíos en las Políticas de Igualdad”, se impartió una conferencia a las personas asistentes a la actividad, a la que asistieron 90 personas, 81 mujeres y nueve hombres.

6. El 24 de noviembre, en Matías Romero, Oaxaca, a solicitud de la Unión de Comunidades Indígenas de la Zona del Istmo A. C., se impartieron las conferencias “Violencia contra las Mujeres” y “Violencia de Género”, la cual estuvo dirigida a comunidad indígena, donde se registraron 83 personas, 61 mujeres y 22 hombres.
7. El 26 de noviembre, en la Ciudad de México, en el marco de la Conmemoración del Día Internacional de la No Violencia contra las Mujeres, se realizó la presentación del Atlas de Igualdad de Género, a la cual asistieron 57 personas, 43 mujeres y 14 hombres.
8. El 28 de noviembre, en la Ciudad de México, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en coordinación con CONAVIM, INMUJERES, RENIES, ANUÑES, presentaron el “Observatorio Nacional para la Igualdad de Género en las Instituciones de Educación Superior”, al evento asistieron 116 personas, 96 mujeres y 20 hombres.
9. El 29 de noviembre, en Nayarit, a petición de Comisión de Defensa de los Derechos Humanos para el Estado de Nayarit, se impartió la conferencia “Igualdad Sustantiva y No Discriminación”, la cual estuvo dirigida a servidoras/es públicas/os del organismo de derechos humanos y público en general, se registraron 125 personas, 85 mujeres y 25 hombres.

Actividades de vinculación y promoción

CONFERENCIAS				
NÚM.	TEMA	LUGAR Y FECHA	ASISTENTES	MATERIAL DISTRIBUIDO
1	Cuarto Ciclo de Conferencias Elvia Carrillo Puerto “Paridad y Participación Política”	Álvaro Obregón, Ciudad de México 7/11/2018	39	0
2	Se impartió una conferencia en el marco del “Encuentro sobre Partería, Cultura, Ancestralidad y Derechos”	Oaxaca, Oaxaca 16/11/2018	49	550
3	Análisis de la Recomendación General número 31 sobre “Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”	Campeche, Campeche 20/11/2018	149	300
4	“Violencia de Género”	Bahía de Bandera, Nayarit 23/11/2018	43	450
5	Se impartió una conferencia en el marco del “Foro Avances y Desafíos en las Políticas de Igualdad”	Guadalajara, Jalisco 23/11/2018	90	150
6	“Violencia contra las Mujeres”	Matías Romero, Oaxaca 24/11/2018	83	200
7	“Igualdad Sustantiva y No Discriminación”	Tepic, Nayarit 29/11/2018	125	400
TOTAL			578	2,050

PRESENTACIONES				
NÚM.	TEMA	LUGAR Y FECHA	ASISTENTES	MATERIAL DISTRIBUIDO
1	En el marco de la Conmemoración del Día Internacional de la No Violencia contra las Mujeres, se realizó la “Presentación del Atlas de Igualdad de Género”	Álvaro Obregón, Ciudad de México 26/11/2018	57	200
2	Presentación del “Observatorio Nacional para la Igualdad de Género en las Instituciones de Educación Superior”	Coyoacán, Ciudad de México 28/11/2018	116	0
TOTAL			173	200

NOVIEMBRE		M	H	T
Personas asistentes a servicios de promoción y capacitación en materia de género para el cumplimiento de la Política Nacional en Materia de Igualdad entre Mujeres y Hombres.		576	175	751
Personas asistentes en actividades de vinculación con instancias públicas para efectuar actividades de promoción o capacitación en materia de género para el cumplimiento de la Política Nacional de Igualdad entre Mujeres y Hombres.		52	35	87
PERSONAS ASISTENTES*	NOVIEMBRE	628	210	838

	PERIODO NOVIEMBRE	TOTAL	PORCENTAJE
Meta programada	Tercer trimestre	37**	100%
Vinculación	Noviembre	5	37%
Promoción y capacitación	Noviembre	9	
TOTAL	NOVIEMBRE	14	

* Este rubro contempla la suma de las personas asistentes a las actividades de vinculación, promoción y capacitación realizadas por el PAMIMH durante el mes de noviembre de 2018.

** Es la suma de la meta programada de acciones de vinculación (17) y de servicios de promoción y capacitación (20) programados al tercer trimestre (octubre-diciembre) de acuerdo con la Matriz de Indicadores para Resultados 2018 del Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres.

QUINTA VISITADURÍA GENERAL

PROGRAMA CONTRA LA TRATA DE PERSONAS

- Premiación a los participantes del 5o. Premio Universitario de Tesis sobre “Trata de Personas”, al 3er. Concurso de Ensayo sobre “Trata de Personas” y al 2do. Concurso de Mass Media sobre “Trata de Personas”, Coyoacán, Ciudad de México**
- El 6 de noviembre se convocó de forma conjunta con la Cátedra Extraordinaria “Trata de Personas” de la Universidad Nacional Autónoma de México, al evento de premiación a las y los participantes del 5o. Premio Universitario de Tesis sobre “Trata de Personas”, al 3er. Concurso de Ensayo sobre “Trata de Personas” y al 2do. Concurso de Mass Media sobre “Trata de Personas” en el marco del Convenio Específico de Colaboración entre la UNAM y este Organismo Nacional.
- Conferencia: “Trata de personas en la modalidad de trabajos forzados en el campo”, Comondú, Baja California Sur**
- El 7 de noviembre se impartió la Conferencia: “Trata de personas en la modalidad de trabajos forzados en el campo” con la finalidad de visibilizar la situación que enfrentan en el trabajo las y los jornaleros en campos agrícolas, así como detectar y evitar que sean víctimas de trata de personas de conformidad con lo señalado en la Recomendación 28/2016, emitida por este Organismo Nacional sobre el caso de los jornaleros agrícolas indígenas Rarámuris (Tarahumaras), en Baja California Sur. Contó con un aforo de 73 personas.
- Curso: “Hacia la creación de políticas públicas de Protección del Derecho a la Salud de las Víctimas de Trata de Personas”, Iztapalapa y Venustiano Carranza, Ciudad de México**
- El 9 y 27 de octubre, se impartió el curso: “Hacia la creación de políticas públicas de Protección del Derecho a la Salud de las Víctimas de Trata de Personas” en las Alcaldías de Iztapalapa y Venustiano Carranza, respectivamente, dirigidos a servidoras y servidores públicos de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, con la finalidad de sensibilizar a las y los asistentes en la importancia de la atención, asistencia y protección a las víctimas del delito de trata de personas desde el sector salud y la generación de políticas públicas de la protección de su derecho humano a la salud para el cumplimiento de las obligaciones que establecen las normas internacionales, nacionales y locales existentes en la materia. En total se contó con un aforo de 62 personas.
- En el marco del Diplomado en Derechos Humanos, se impartió el Módulo IV: “Género y Trata de Personas” Parte 1 y 2, Tepic, Nayarit**
- El 8 y 9 de noviembre, en el marco del Diplomado en Derechos Humanos coordinado por la Comisión de Defensa de los Derechos Humanos para el Estado de Nayarit, se impartió el Módulo IV: “Género y Trata de Personas” Parte 1 y 2, con la finalidad de sensibilizar a las y los asistentes en la importancia de la atención, asistencia y protección a las víctimas del delito de trata de personas, para el cumplimiento de las obligaciones que establecen las normas internacionales, nacionales y locales existentes en la materia desde una perspectiva de género y derechos de la infancia, se contó con un aforo de 108 personas en total.

- Participación en el Foro: Retos y perspectivas de la política pública para enfrentar la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual en Tlaxcala, Tlaxcala** El 16 de noviembre, se participó en el Foro: Retos y perspectivas de la política pública para enfrentar la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual en Tlaxcala, a través de la ponencia: “Situación de la trata de personas en México y propuestas para prevenirla”, mismo que fue convocado por el Centro Fray Julián Garcés Derechos Humanos y Desarrollo Local A. C., Organizaciones de la Iniciativa Popular contra la Trata de Mujeres y Niñas en Tlaxcala, así como académicas y académicos del Estado.
- Videoconferencia: Introducción a los conceptos generales para la detección de posibles víctimas de Trata de Personas en campos agrícolas desde una perspectiva de derechos humanos y enfoque de género e infancia, Cuauhtémoc, Ciudad de México** El 22 de noviembre, se impartió la videoconferencia: “Introducción a los conceptos generales para la detección de posibles víctimas de Trata de Personas en campos agrícolas desde una perspectiva de derechos humanos y enfoque de género e infancia”, en el marco del acuerdo aprobado en la CONASETRA, en su Segunda Sesión Ordinaria 2018, dirigida a inspectores del trabajo locales y federales de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social; la cual tuvo como objetivo brindar herramientas técnicas y jurídicas con las finalidades de que las personas en el servicio público detecten víctimas de trata de personas en el ámbito de sus competencias desde la visión de los derechos humanos con perspectiva de género e infancia; contando con un aforo de 189 servidoras y servidores públicos de las diversas entidades federativas.
- En el marco de la Campaña Nacional de Prevención de la Trata de Personas “Libertad sin engaños ni promesas falsas” de la CNDH, las sesiones vivenciales #DetrásDeLoQueVes, Chignahuapan y Zacatlán, Puebla y Mazatlán, Sinaloa** El 12, 13 y 27 de noviembre en Chignahuapan y Zacatlán, Puebla y Mazatlán, Sinaloa, respectivamente, se impartieron las sesiones vivenciales: #DetrásDeLoQueVes que forman parte del Programa para la conformación de “Promotores Solidarios para hacer visible en la sociedad la Trata de Personas”, en coordinación con la Asociación Civil “Por el Camino de la Igualdad entre Mujeres y Hombres, A. C.”, las cuales están basadas en los contenidos de la Campaña Nacional de Prevención de la Trata de Personas “Libertad sin engaños ni promesas falsas” de este Organismo Nacional. Durante las sesiones se brindó información con la finalidad de sensibilizar, reflexionar y prevenir a niñas, niños y adolescentes sobre las formas de enganche que utilizan los tratantes para captar víctimas para la trata de personas, principalmente a través del enamoramiento y la seducción, mediante diversas estrategias didácticas, en sus propias comunidades, escuelas y espacios seguros. Con estas sesiones se logró llegar a 3,796 niñas, niños y adolescentes.
- Curso: “La trata de personas desde una perspectiva de Derechos Humanos”, Aguascalientes, Aguascalientes** El 28 de noviembre, se impartió el curso “La trata de personas desde una perspectiva de Derechos Humanos” a servidoras y servidores públicos del estado de Aguascalientes con la finalidad de concientizar sobre los grandes retos que supone el delito de trata de personas con especial énfasis en la protección a los derechos humanos, se contó con un aforo de 76 personas.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A MIGRANTES

- Actualmente, México es parte importante del corredor migratorio más transitado en el mundo. Su vecindad con los Estados Unidos de América, el principal país receptor de migrantes, lo convierte en un territorio no solo de origen, sino de tránsito y de retorno de personas en situación de movilidad humana, en específico de las y los trabajadores migratorios y sus familias, así como de personas con necesidad de protección internacional, que buscan ingresar al vecino país del norte.

Es por ello que, durante el mes de noviembre, la Quinta Visitaduría General se dio a la tarea de realizar diferentes actividades de promoción y difusión, las cuales tienen por objeto ofrecer a las diversas autoridades, así como a integrantes de organizaciones de la sociedad civil, academia y público en general, herramientas dinámicas y didácticas para fomentar el respeto a los derechos humanos de las personas que se encuentran en contexto de movilidad humana.

Estas actividades fueron dirigidas a servidores públicos del Instituto Nacional de Migración; Fiscalía General de Justicia de Zacatecas; así como a estudiantes de la Universidad México-Americana; Universidad Tamaulipeca y Universidad del Valle de México, ambas ubicadas en Reynosa, Tamaulipas.

Acompañamiento de la CNDH al éxodo migratorio de personas de Centroamérica

- La CNDH continuó con el acompañamiento a las personas que integran las Caravanas Migrantes que ingresaron al país durante los meses de octubre y noviembre, y que siguen su tránsito por territorio mexicano, con la finalidad de observar la ayuda humanitaria, seguridad y protección, así como el acceso a un traslado humanitario, derivado de la solicitud de Medidas Cautelares.
- Cabe destacar un momento crítico que se presentó, en el punto ubicado en “El Platanar”, próximo al municipio de Navjoa, Sonora, en donde se asentó un grupo aproximado de 2,000 personas para esperar autobuses que los apoyarían para su traslado a Mexicali, Baja California, situación que sucedió entre los días 16 y 17 de noviembre. Ante este hecho y con la finalidad de observar el respeto a los derechos humanos, visitadores adjuntos y personal médico, presididos por el Director General de la Quinta Visitaduría General de la CNDH, permanecieron en el lugar hasta que las personas en contexto de migración abordaron el transporte ofrecido, al tiempo que se realizaron las gestiones procedentes que requirieron para generar los apoyos de bienes básicos para su subsistencia.
- Mientras tanto, otro grupo de visitadores adjuntos y personal médico encabezados por el Quinto Visitador General de la CNDH se constituyó en Tijuana, Baja California, toda vez que algunas personas migrantes ya habían arribado de manera anticipada al deportivo “Benito Juárez”, en esa localidad, lugar que las autoridades municipales destinaron como albergue.
- De acuerdo con datos proporcionados por personal del Municipio de Tijuana, Baja California, al 17 de noviembre de 2018, se tenían contabilizadas 3,966 personas migrantes alojadas en ese albergue. Para su atención, esta Comisión Nacional, a través de su personal, mantuvo guardias permanentes con la finalidad de observar el respeto a los derechos humanos de la población que ahí se encontraba, verificando diversas actividades realizadas por servidores públicos del Municipio y Estado, consistentes principalmente en actividades de ayuda humanitaria, alimentación, servicios de salud y seguridad.
- Los médicos de esta Comisión Nacional recibieron diversas solicitudes de personas que sufrieron de algún malestar siendo conducidas al puesto móvil de la Secretaría de Salud del Estado, ubicado fuera del albergue, donde eran valorados, diagnosticados y medicados.

- Así también, dentro de las actividades realizadas por personal de esta CNDH se observó el resguardo que policías municipales mantuvieron en el perímetro del albergue “Benito Juárez”, acciones que tuvieron como finalidad evitar situaciones que pusieran en riesgo a la comunidad migrante.
- La CNDH continúa brindando acompañamiento a las personas migrantes interesadas en el evento denominado “La Feria del Empleo”, que se organizó con la finalidad de dar una solución a la problemática migratoria que se presentaba en la ciudad de Tijuana, Baja California, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social de Baja California (STPS BC), conjuntamente con el Servicios Nacional de Empleo (SNE) de la STPS Federal y la asesoría de la CNDH plantearon la posibilidad de llevarse a cabo la “Feria del empleo” para ofertar a los integrantes de los “Caravana Migrante” más de 20 mil puestos de trabajo en el estado, para ello se hizo necesario la participación del Instituto Nacional de Migración (INM), la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR) e Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con la finalidad de que una vez concretada la oferta de trabajo por parte del empleador se hicieran los trámites necesarios para regularizar la situación de la persona extranjera en el país, ello a través de dos vías. La primera por medio de la solicitud de condición de refugiado, para aquellas personas que consideraran que encontrarse en una hipótesis normativa que hiciera factible el otorgamiento de refugio; y la segunda mediante la regularización por un año, a través de la “Visa Humanitaria”.
- Con motivo de lo anterior desde el 19 de noviembre a la fecha se encuentran en las instalaciones del denominado “Proyecto Salesiano” módulos de servicios del SNE, IMSS, Servicio de Administración Tributaria (SAT), COMAR, INM, ACNUR y Consulado de Honduras, que funcionan de lunes a sábado, hasta el 15 de diciembre de 2018, así como oferta de empleo de diversas empresas de la región.

A la fecha el SNE reportó un total de 2,839 trámites de registro para solicitud de empleo. Por su parte, el INM ha extendido 119 “Tarjetas de Visitante por razones humanitarias con permiso para trabajar” vigentes por un año con posibilidad de renovación (76 por solicitud de refugio y 43 por razones humanitarias). Asimismo, la COMAR informó haber recibido un total de 271 solicitudes y 44 prevenciones (pendientes de iniciar trámite por algún detalle).

El traslado de los interesados desde el albergue “El Barretal” y de regreso, se lleva a cabo diariamente por personal del Grupo Beta.
- Durante los días que personal de la Quinta Visitaduría General permaneció en el albergue “Benito Juárez”, se atendieron diversas solicitudes de las personas migrantes, sobre la localización de algún familiar, haciendo las gestiones pertinentes ante alguna autoridad municipal o bien con el Instituto Nacional de Migración. La CNDH en los casos de personas detenidas siempre indicó a las autoridades competentes, se valorará el principio de la unidad familiar, sobre todo cuando existían personas menores de edad.
- Es necesario apuntar que se ha observado que los integrantes de las Caravanas se han ido dispersando durante su recorrido por el país, por lo que la CNDH ha procurado brindarles el acompañamiento y atención correspondientes a aquellos conformados por la mayoría de personas en contexto de movilidad.
- La CNDH continúa atenta al respeto de los derechos humanos de las personas migrantes, sobre todo en la observancia de la ayuda humanitaria, la seguridad y la protección. Asimismo, ha señalado que todas las personas sean mexicanas o extranjeras deben ser respetuosas de las leyes mexicanas por lo que, si alguna de ellas trasgrede las mismas, serán las autoridades competentes las que impongan las sanciones que correspondan dentro del marco del respeto a los derechos humanos.

SEXTA VISITADURÍA GENERAL

Acorde a su mandato constitucional, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha encaminado sus esfuerzos para fortalecer la promoción, respeto, protección y garantía de los derechos humanos en nuestro país.

Ha insistido en la importancia de incorporar la perspectiva de derechos humanos en la actividad gubernamental y los presupuestos públicos, así como en las políticas para atender, entre otras cuestiones, la problemática de la pobreza, reducir las brechas de desigualdad existentes, entre otras.

- En este sentido, con el objetivo de potenciar y promover la inclusión social y económica de todas las personas, así como la adopción de políticas fiscales, salariales y de protección social para lograr progresivamente una mayor igualdad, el 22 de noviembre de 2018 se llevó a cabo, en la Sede Cuba de esta Comisión Nacional, la Presentación de la Recomendación General 34/2018 Sobre el efecto del monto del salario mínimo en la dignidad de las trabajadoras, los trabajadores y sus familias, y su relación con el pleno goce y ejercicio de sus derechos humanos.

El evento, contó con la participación del doctor Jorge Ulises Carmona Tinoco, Sexto Visitador General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; la maestra Lucila Servitje Montull, integrante del Núcleo Coordinador de Acción Ciudadana Frente a la Pobreza; la licenciada Adriana Luisa Geuguer, Directora General de la Sexta Visitaduría de la CNDH; el abogado Alfredo Domínguez Marrufo; y la doctora Alma Elena Rueda Rodríguez de la CNDH.

La doctora Rueda detalló los aspectos metodológicos para la elaboración de la Recomendación General 34/2018, entre los que destacó el estudio efectuado a la legislación nacional y comparada que permitió analizar el derecho a recibir una remuneración equitativa y satisfactoria, la cual debe ser suficiente para cubrir las necesidades básicas de las y los trabajadores, así como de sus familias.

Adicionalmente, detalló que el salario mínimo general debe ser acorde con la dignidad humana y contemplar ciertas características contempladas dentro de la norma nacional y los instrumentos internacionales, con la finalidad de alcanzar el mayor goce y ejercicio de dicho derecho.

En México, la suficiencia del salario mínimo constituye el medio fundamental para asegurar una vida digna, pues a través de éste se puede acceder a servicios o satisfactores que contribuyen al disfrute de otros derechos humanos como la salud, la alimentación, la vivienda, educación, cultura, recreación, además de garantizar el bienestar y la dignidad de las personas.

Por su parte, la maestra Servitje apuntó que “quien trabaje, no debe ser pobre”, premisa de una economía incluyente y socialmente responsable, enfatizando que el salario es, por encima de todo, un derecho humano, por ende, propone aprobar un salario mínimo de \$102.00 pesos diarios para el inicio de 2019, al considerar que el monto límite inferior del salario mínimo no debe ser menor al costo de la canasta básica para una persona.

Insistió, además en la necesidad de crear una nueva Institución responsable de la política salarial para fijar los salarios mínimos que involucren a organizaciones del Estado que puedan aportar los estudios necesarios para tal decisión, incluyendo a organizaciones de la sociedad civil.

La maestra Servitje concluyó señalando la necesidad de que se apruebe un plan multianual para la recuperación gradual de salarios, con sustento en evidencia científica y en análisis económicos y sociales rigurosos con un planteamiento responsable que tenga como fundamento el enfoque de derechos basados en los artículos 1o. y 123 de la Constitución mexicana y los tratados internacionales en materia de salario suficiente.

Finalmente, el doctor Jorge Ulises Carmona Tinoco reiteró la problemática en materia de salario mínimo, pues acorde con datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), el salario mínimo mensual (\$3,027.30) que percibe una trabajadora o un trabajador resulta insuficiente para satisfacer sus necesidades básicas y las de su familia, considerando que el número de integrantes promedio de un hogar mexicano es de 3.8 personas de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Asimismo, resaltó que en estadísticas realizadas por la Organización de Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), México es el país con el salario mínimo más bajo por hora, situación que vulnera el pleno goce de los derechos en el trabajo, previstos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), al no asegurarse condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias.

Refirió que, al carecer de un salario mínimo digno, el fenómeno de la pobreza en el país se intensifica, afectando a cerca de 54.3 millones de personas y propiciando que, en las familias más pobres, un número mayor de integrantes tenga que contribuir al ingreso familiar.

En consecuencia, se advierte la necesidad de considerar la perspectiva de derechos humanos en la fijación del salario mínimo y entender a éste como un derecho humano que las autoridades tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar. Situación que aún no se logra.

Por último, y como menciona dicha Recomendación General, la CONASAMI debe fortalecer las investigaciones y estudios necesarios para determinar el presupuesto indispensable para la satisfacción de las necesidades básicas de cada familia, además de difundir la metodología que utiliza para fijar los salarios mínimos en el país, con el objetivo de impactar positivamente en la vida de las y los mexicanos.

- Por otra parte, en el marco del Taller: Legislación con Perspectiva de Derechos Humanos organizado por el Congreso del Estado de Baja California en coordinación con la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de dicha entidad, el 28 de noviembre, el doctor Jorge Ulises Carmona Tinoco, Sexto Visitador General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, asistió para comentar acerca de la armonización legislativa, el presupuesto público y los derechos humanos.

Ante una audiencia conformada principalmente por integrantes del poder legislativo de la entidad, destacó que los ejercicios de armonización legislativa impactan de forma significativa en la vida de las personas, ya que con la creación de normas congruentes con la más amplia protección de los derechos humanos se incentiva que éstas permitan hacer exigibles dichos derechos.

El Sexto Visitador General señaló la pertinencia de considerar que las disposiciones de un tratado en materia de derechos humanos poseen en muchos casos eficacia directa, esto es, son disposiciones lo suficientemente detalladas y claras, que no dejan duda alguna del sentido y alcance del derecho humano que tutelan y de las obligaciones que derivan para las autoridades, así sean de mero comportamiento.

Insistió, que la prioridad debe ser que todas las personas cuenten con el máximo posible del goce y ejercicio de sus derechos humanos, al considerar a estos con una visión integral y no como elementos aislados, reconociendo su interdependencia e implementando políticas y actividades gubernamentales centradas en la dignidad de las personas.

Apuntó que la CNDH en colaboración con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), a través del Programa Universitario de Estudios de Desarrollo, presentaron en 2017 el Estudio Presupuesto Público y Derechos Humanos: por una Agenda para el rediseño del Gasto Público en México; ya que una actividad presupuestal en todos los órdenes de gobierno cuya finalidad sea el velar por la más amplia protección posible de los derechos humanos, verá sus resultados en las vidas de las personas a quienes se dirijan los programas y políticas propuestas por el Estado. Dicho estudio puede ser consultado aquí: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/Presupuesto-Publico-DH.pdf>

DIRECCIÓN EJECUTIVA DEL MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA

Visitas de difusión a lugares de detención e internamiento en el estado de Zacatecas

Servidores públicos adscritos a la Dirección Ejecutiva del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, con objeto de realizar actividades de difusión a lugares de privación de libertad, con base en las facultades del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, establecidas en la Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, y en el Reglamento del Mecanismo Nacional, publicados en el *Diario Oficial de la Federación* el 26 de junio y 22 de diciembre de 2017, respectivamente, durante el mes que se informa llevaron a cabo visitas a Centros de Reinserción Social, Centros para Adolescentes, Agencias del Ministerio Público, Separos, Albergues y Casas Hogar, ubicados en el Estado de Zacatecas, que a continuación se detallan:

FECHAS Y LUGARES		
6-9 de noviembre	Estado de Zacatecas	Cieneguillas, Fresnillo, Guadalupe, Jerez de García Salinas, Río Grande, Zacatecas

LUGARES DE DETENCIÓN E INTERNAMIENTO	NÚMERO
CERESOS	4
Agencias del Ministerio Público	9
Albergues y Casas Hogar	7
TOTAL	20

CERESOS	
1.	Centro Estatal de Reinserción Social Femenil de Cieneguillas, Zacatecas
2.	Centro Regional de Reinserción Social Varonil de Cieneguillas, Zacatecas
3.	Establecimiento Penitenciario Distrital Varonil de Jerez de García Salinas, Zacatecas
4.	Dirección General de Prevención y Reinserción Social en Zacatecas
AGENCIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO	
1.	Unidad de Atención Inmediata Subsede en Fresnillo de la Procuraduría General de la República
2.	Fiscalía General de Justicia del Estado de Zacatecas
3.	Agencia del Ministerio Público adscrita a la Subprocuraduría de Investigación en Zacatecas
4.	Agencia del Ministerio Público de Homicidios Dolosos, Secuestro y Asociación Delictuosa en Zacatecas
5.	Unidad Especializada en Investigación contra el Robo de Vehículos en Zacatecas, Zacatecas
6.	Fiscalía Especializada de Derechos Humanos, Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes en Zacatecas
7.	Unidad Especializada en Investigación de Actos u Omisiones Culposas y con motivo del Tránsito de Vehículo en Zacatecas
8.	Agencia del Ministerio Público de la Unidad Especializada en Investigación del Delito de Tortura en Zacatecas
9.	Unidad Especializada de Atención a Víctimas en Zacatecas

ALBERGUES Y CASAS HOGAR	
1.	Procuraduría de Protección a Niñas, Niños, Adolescentes y Familia del Sistema Estatal DIF Zacatecas
2.	Casa Hogar de la Tercera Edad en Guadalupe
3.	Instituto Zacatecano para la Senectud, A. C. (Asilo de Ancianos Divina Providencia) en Guadalupe
4.	Estancia de Día “Casa del Abuelo” en Zacatecas
5.	Pro Sosténimiento del Asilo de Ancianos de Fresnillo, A. C.
6.	Casa Hogar Santa Elena, A. C.
7.	Residencia de Día “Profesor Antonio de Haro Saldivar” en Jerez de García Salinas

Al momento de la visita, el universo de las personas que se encontraban privadas de la libertad en los distintos lugares de detención e internamiento fue de 1,454 personas de las cuales 1,215 corresponden a hombres y 239 mujeres.

Visita de seguimiento al Informe ISP-7/2018 del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura a las instalaciones del Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla, en la Ciudad de México

Servidores públicos adscritos a la Dirección Ejecutiva del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, con el objeto de realizar visitas de seguimiento al “Informe de Supervisión ISP-7/2018, sobre el Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla”, en la Ciudad de México, emitido el 31 de julio de 2018, y con base en las facultades establecidas en la Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, emitida en junio de 2017, y en el Reglamento del Mecanismo Nacional, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 22 de diciembre de 2017, durante el mes que se informa se visitó el Centro Femenil ubicado en la Ciudad de México.

FECHA Y LUGAR		
26 de noviembre	Ciudad de México	Alcaldía Iztapalapa

LUGARES DE DETENCIÓN E INTERNAMIENTO	NÚMERO
Centro Femenil de Reinserción Social, Santa Martha Acatitla	1
TOTAL	1

Al momento de la visita, el universo de las personas que se encontraban privadas de la libertad en el lugar fue de 1,217 mujeres y 61 menores que viven con sus madres.

Visita de seguimiento al Informe ISP-11/2018 del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura a las instalaciones del Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación, Casa Hogar para Niñas “Graciela Zubirán Villarreal”, adscrita al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, en la Ciudad de México

Servidores públicos adscritos a la Dirección Ejecutiva del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, con el objeto de realizar visita de seguimiento al “Informe de Supervisión ISP-11/2018 sobre el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Hogar para Niñas “Graciela Zubirán Villarreal”, en la Ciudad de México, emitido el 29 de octubre de 2018 por este Mecanismo Nacional y con base en las facultades establecidas en la Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes emitida en junio de 2017, y en el

Reglamento del Mecanismo Nacional publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 22 de diciembre de 2017, durante el mes que se informa se visitó la Casa Hogar, ubicada en la Ciudad de México.

FECHAS Y LUGARES		
26 de noviembre	Ciudad de México	Alcaldía Tlalpan

LUGARES DE DETENCIÓN E INTERNAMIENTO	NÚMERO
Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Hogar para Niñas “Graciela Zubirán Villarreal”	1
TOTAL	1

Al momento de la visita, el universo de las personas que se encontraban en el albergue eran 10 niñas menores de 12 años, 17 niñas mayores de 12 y menores de 16 años y 10 adolescentes mayores de 16 años y menores de 18; siendo un total de 37 menores de edad.

Informe de seguimiento ISP-11/2018 del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, sobre el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Hogar para Niñas “Graciela Zubirán Villarreal”

A efecto de verificar el cumplimiento de las recomendaciones establecidas en el Informe de Supervisión ISP-11/2018, personal del MNPT realizó una visita de seguimiento al Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Hogar para Niñas “Graciela Zubirán Villarreal” en la Ciudad de México, dando como resultado la emisión del Informe de Seguimiento correspondiente.

Actividades de divulgación

- Como parte de las acciones de divulgación de las actividades del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, la Dirección Ejecutiva en coordinación con la Asociación para la Prevención de la Tortura, organizaron la reunión de expertos de “Acceso a un/a abogado/a en las primeras horas de detención” los días 8 y 9 de noviembre. Dicho evento contó con la asistencia del Segundo Visitador de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, Delegación Nuevo León; el Cuarto Visitador General y un Visitador Adjunto de la Cuarta Visitaduría de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal; el Director General de la Defensoría Pública de Nuevo León y Presidente de la Asociación Nacional de Defensorías Públicas Estatales (ANADEPE), Director de Defensa en Investigaciones Penales de la Defensoría Pública de Nuevo León, Coordinador Estatal del Nuevo Sistema de Justicia Penal de la Defensoría Pública de Baja California, Director del Área de Defensa Penal de la Defensoría Pública de Oaxaca, Vicefiscal General de Atención a Víctimas de la Fiscalía de Oaxaca, Encargado del Despacho del Instituto de Formación Profesional de la Fiscalía de Nuevo León, la Alcaldesa del Municipio de Escobedo de Nuevo León, el Juez de Control y Tribunal de Enjuiciamiento del Tribunal Superior de Justicia de Zacatecas, el Secretario Técnico del Foro Mexicano para la Seguridad Democrática de la Ciudad de México, el Coordinador de la Dirección de Investigación Aplicada en Policía, Seguridad Ciudadana y Prevención (DIAP), del Instituto para la Seguridad y la Democracia A. C. (Insyde), de la Ciudad de México; Presidente de la Red Nacional de Profesionistas en Seguridad Pública de la Ciudad de México, Director Ejecutivo de la Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos de la Ciudad de México, la Directora de Proyecto del Instituto de Justicia Penal (IJPP), de la Ciudad de México, la Coordinadora de Área de Discapacidad de Documenta de la Ciudad de México y la Coordinadora del Programa de Justicia Penal de México Evalúa de la Ciudad de México. Por parte de la Asociación para la Prevención de la Tortura se contó con la asistencia de la Responsable del Programa

para las Américas, la Asesora en Materia de Asuntos Legales e Incidencia y una consultora. Además, asistió un defensor público de Nuevo León y una abogada postulante del Estado de México y de parte del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura participaron la Directora Ejecutiva, su Director General Adjunto y la Subdirectora de Seguimiento.

Los objetivos de esta reunión fueron los siguientes:

1. Reconocer el rol preventivo del acceso a un/a abogado/a en las primeras horas de detención.
2. Identificar los desafíos en la implementación del derecho de acceso a un/a abogado/a en las primeras horas de detención y el rol de las principales instituciones involucradas.
3. Intercambiar buenas prácticas y posibles rutas a seguir para la efectiva implementación del derecho de acceso a un/a abogado/a en las primeras horas de detención.

Los temas principales que se abordaron fueron:

- Las principales salvaguardias en las primeras horas de la detención desde una perspectiva preventiva.
 - El acceso a un/a abogado/a en las primeras horas de la detención en el contexto mexicano.
 - El acceso a un/a abogado/a durante la detención policial.
 - El acceso a un/a abogado/a durante la retención ministerial.
 - ¿Cómo garantizar el acceso efectivo a un/a abogado/a durante las primeras horas de detención.
-
- La Dirección Ejecutiva del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura sostuvo una reunión de trabajo con los expertos del Grupo Regional de las Américas organizada por la Secretaría del Subcomité para la Prevención de la Tortura con sede en Ginebra, Suiza, a través de videoconferencia. En dicha reunión, se informó el estatus de la armonización legislativa en materia de tortura en nuestro país, manifestando los miembros del Subcomité para la Prevención de la Tortura su preocupación por el desconocimiento que se tiene en el Poder Judicial de la Federación respecto de lo compromisos internacionales en materia de tortura que tiene celebrado México por lo que sugirieron que este Mecanismo incluya convenios de capacitación en esta materia con el Poder Judicial de la Federación.
 - Como parte de las acciones de vinculación con las Organizaciones de la Sociedad Civil, se organizó, en coordinación con Documenta, el evento “Construyendo caminos para la prevención de la tortura desde el Sureste de México” en las instalaciones de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Oaxaca. El objetivo del mismo fue dar a conocer la estructura del MNPT y la Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes; así como establecer líneas de trabajo y acuerdos específicos de trabajo. Al evento asistió personal de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, de la Fiscalía General del Estado de Oaxaca, de la Coordinación de Derechos Humanos del Poder Ejecutivo, de la Dirección de Readaptación Social de la Secretaría de Seguridad Pública y organizaciones de la sociedad civil organizada.
 - Parte de las acciones de vinculación es la asistencia a eventos con la comunidad académica por lo que se asistió al INACIPE a la presentación del libro el “ABC del Nuevo Sistema de Justicia de Ejecución Penal” en México de Sarre, Marique y Morey. A dicho evento asistieron estudiantes del Instituto, Jueces de Ejecución y de Juicio Oral.
 - Como parte del programa de actividades de la 4a. Jornada Nacional Itinerante de Juzgadoras “desafíos de la justicia en tiempos de cambio” organizada la Asociación Internacional de Mujeres Juezas (IAWJ), capítulo México, la Asociación Mexicana de Mujeres Juezas Magistradas, A. C. y el Poder Judicial del Estado de Coahuila de Zaragoza en Saltillo, Coahuila en la cual la Dirección Ejecutiva participó en la Cuarta Sesión Educativa: Diálogo con Expresidentas de Comisiones Estatales de Derechos Humanos.

Actividades de promoción

Uno de los componentes principales de la prevención de la tortura y el maltrato, es el concerniente a la capacitación que deben tener todos los operadores del sistema de justicia y público en general. En nuestro país la Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes es de reciente promulgación, por lo que se impartió el taller de sensibilización sobre “La aplicación de estándares Internacionales y Nacionales en la Prevención de la Tortura y el Maltrato” y “Prevención de la Tortura y el Maltrato” y “Protocolo de Estambul”, en los siguientes lugares y dirigidos a los siguientes participantes:

FECHA	ESTADO	LUGAR	PARTICIPANTES
6 de noviembre	Zacatecas	Fiscalía General de Justicia	118
26 de noviembre	Quintana Roo	Seguridad Pública y Fiscalía del Estado de Quintana Roo, en las instalaciones de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo	50
30 de noviembre	Guanajuato	Fiscalía de Justicia del Estado de Guanajuato	80

Actividades de difusión

Con objeto de dar a conocer las facultades y actividades del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, se entregó el material que se describe en el siguiente cuadro:

ESTADO	TRIPTICOS	POSTERS	REUNIONES DE ENTREGA DE MATERIAL
Zacatecas	1,400	360	20
Oaxaca	3,500	900	1
Ciudad de México	400	40	1
Quintana Roo	298	360	2
Guanajuato	210	960	1
TOTAL	5,808	2,620	25

SECRETARÍA EJECUTIVA

**Sistema
de las Naciones Unidas**

Los días 7 y 9 de noviembre, en la ciudad de Ginebra, Suiza, se llevó a cabo el Tercer ciclo de revisión a México del Mecanismo del Examen Periódico Universal (MEPU); así como la sesión del MEPU en la que se dieron a conocer las Recomendaciones emitidas por ese Organismo internacional al Estado mexicano, en las cuales estuvieron presentes la Secretaría Ejecutiva y el Primer Visitador General, así como los Presidentes de las Comisiones Estatales de Derechos Humanos de Nuevo León y San Luis Potosí.

Del 7 al 9 de noviembre, la Secretaría Ejecutiva y el Primer Visitador General, asistieron al Diálogo de Seguimiento sobre la Implementación de las Observaciones Finales de la revisión de 2015 del Comité contra la Desaparición Forzada (CED) de la ONU al Estado Mexicano. Previamente, los representantes de la CNDH participaron en una reunión pública con los miembros del CED y con organizaciones de la sociedad civil. Además, llevaron a cabo un diálogo privado con los miembros del Comité antes mencionado, en donde el Primer Visitador General expuso el Diagnóstico de este Organismo Nacional sobre las desapariciones forzadas en México.

El 14 de noviembre, se enviaron pronunciamientos y declaraciones de la CNDH, en versión electrónica, sobre la Ley de Seguridad Interior a los Grupos de Trabajo de Naciones Unidas sobre Desapariciones Forzadas o Involuntarias, y sobre Detención Arbitraria. Así como a los Relatores Especiales sobre Ejecuciones Extrajudiciales, Arbitrarias o Sumarias; sobre la Situación de los Defensores de Derechos Humanos; sobre la promoción y protección del Derecho a la Libertad de Opinión y Expresión, y sobre el Derecho a la Privacidad.

**Sistema Interamericano
de Derechos Humanos (OEA)**

En respuesta a la solicitud de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), el 30 de noviembre, se envió el Informe de la CNDH sobre las acciones que el Estado mexicano ha emprendido en 2018 para dar cumplimiento a las Recomendaciones del Informe del mencionado Organismo regional, sobre la situación de los derechos humanos en México.

**Alianza Global
de Instituciones Nacionales
de Derechos Humanos
(GANHRI)**

El 19 de noviembre, la CNDH colaboró en la elaboración del pronunciamiento de la Alianza Global de Instituciones Nacionales de Derechos Humanos (GANHRI) en apoyo a los esfuerzos de las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos de América Central y del Norte para proteger los derechos humanos de los y las Centroamericanos/as en movilidad.

**Federación Iberoamericana
del Ombudsman**

Del 20 al 22 de noviembre, la Secretaría Ejecutiva y la Coordinadora del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia participaron en la XXIII Asamblea General y Congreso Internacional de la Federación Iberoamericana del Ombudsman (FIO), en Andorra la Vieja, Andorra.

Como parte de este evento, el 20 de noviembre, se realizaron las reuniones de las Redes Temáticas y Grupos de Trabajo de la FIO, en donde la Secretaría Ejecutiva participó en la reunión de la Red sobre Migrantes y Trata de Personas, de la cual la CNDH es la Coordinadora General, y en la que presentó el Informe de Actividades mayo-noviembre 2018, de la mencionada Red. De forma paralela, este Organismo Nacional participó en la reunión de la Red de Niñez y Adolescencia. Asimismo, la Secretaría Ejecutiva presentó ante el Grupo de Trabajo sobre Afrodescendientes, el Informe de la CNDH sobre población afrodescendiente en Iberoamérica. Además, se atendió la reunión del Grupo de Trabajo sobre población LGBTTTI. Paralelamente, se realizó la reunión del Consejo Rector de la FIO.

Aunado a lo anterior, el 21 de noviembre, durante el Congreso Internacional *El Derecho a una vivienda digna*, la Secretaría Ejecutiva fue ponente en la segunda mesa de trabajo sobre “Igualdad y no discriminación en el acceso a una vivienda digna”. Finalmente, el 22 de noviembre, la Secretaría Ejecutiva, en representación del Presidente de la CNDH, participó en la Asamblea General ordinaria de la FIO.

Organizaciones No Gubernamentales Internacionales (ONG)

En el marco de la participación de la CNDH en Ginebra, Suiza, la Secretaría Ejecutiva y el Primer Visitador General sostuvieron, el 8 de noviembre, una reunión de trabajo con la señora Barbara Bernath, Secretaria General de la Asociación para la Prevención de la Tortura (APT), en la que hablaron sobre las acciones de trabajo conjuntas entre el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y la APT.

Acciones de vinculación y cooperación

El 5 de noviembre, la Secretaría Ejecutiva participó en el lanzamiento de la campaña por el 70 aniversario de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el cual tuvo lugar en la estación Barranca del Muerto del STC Metro de la Ciudad de México. En donde también participaron funcionarios de la Oficina en México de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, de la Embajada de la Unión Europea en México, ISA Corporativo y el STC Metro.

Cabe destacar que, durante todo el mes de noviembre los cinco millones de usuarios del Metro pudieron leer los artículos de la Declaración Universal en 240 carteles en vagones, así como paneles de andén; además de una serie de cinco videos informativos que se transmitieron en las pantallas del Metro, así como en el Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México, en su Terminal 2.

Del 8 al 10 de noviembre, la CNDH atendió la invitación de la organización México Negro, A. C. para colaborar y asistir al XIX Encuentro de Pueblos Negros, El Nacimiento, Muzquiz, Coahuila, 2018. La invitación al evento fue extendida por cuarto año consecutivo, dados los esfuerzos que ha hecho la CNDH para promover y difundir los derechos de los Pueblos Afromexicanos. Durante la inauguración del evento se destacaron las acciones de acompañamiento que esta Comisión Nacional ha realizado al movimiento afromexicano así como, las acciones que ha impulsado en coordinación con las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos de Iberoamérica, a favor de las poblaciones afrodescendientes de la región; de igual manera, se asistió a las conferencias magistrales, se participó y apoyó en el desarrollo de las mesas de trabajo sobre: Reconocimiento Constitucional; Censo de Población y Campaña de Sensibilización; Desarrollo Económico, Cultural y Social, Mujeres, Jóvenes y Migrantes, en las que se discutieron temas específicos que afectan a la población afrodescendiente.

Del 12 al 15 de noviembre, la CNDH participó en el “Segundo Encuentro para Instituciones Nacionales de Derechos Humanos”, realizado en Guatemala, y auspiciado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Fundación Panamericana para el Desarrollo (PADF). En el Encuentro se realizó una presentación sobre los principales temas que atiende la Comisión Nacional de los Derechos Humanos: Caminata Migrante, Agresiones contra Periodistas, Educación, Ley de Seguridad Interior, Pueblos Indígenas, Mujeres Privadas de la Libertad, Pobreza, Afrodescendientes, Discriminación, Salud, Igualdad de Género y Defensores de Derechos Humanos.

En coordinación con la Facultad de Derecho de la UNAM, del 13 al 15 de noviembre, se llevó a cabo el *Simposio Internacional de Derechos Humanos: A 70 Años de la Declaración Universal de Derechos Humanos*, en el que se proyectó, durante la ceremonia de inauguración, un *videomensaje* de la señora Michelle Bachelet, Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Durante el desarrollo del mismo, se contó con la participación del Presidente de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, de un miembro del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, así como de altos funcionarios de la Secretaría de Relaciones Exteriores, además de expertos nacionales y extranjeros.

El 14 de noviembre, el Presidente de la CNDH y el Director del Programa de Apoyo a las Defensorías del Pueblo de Iberoamérica, en representación de la Fundación General de la Universidad de Alcalá, firmaron un Convenio de Colaboración entre ambas instituciones, el cual tiene como objetivo llevar a cabo cursos de formación para la Cooperación del *Ombudsperson* con los sistemas universal y regional de derechos humanos.

El Presidente de la CNDH, acompañado de la Secretaria Ejecutiva y del Quinto Visitador General, sostuvieron el 14 de noviembre una reunión con el señor Jesse Golland, funcionario consular de la Embajada de Estados Unidos de América en México, para tratar el tema de la caravana migrante.

El 25 de noviembre, la Secretaria Ejecutiva participó en la Feria Internacional del Libro de Guadalajara, donde expuso, junto con la doctora Maria Lúcia Amaral, Provedora de Justicia de Portugal, los temas de Migración, Economía Informal y Derechos Humanos.

Con motivo de la presentación, realizada el 28 de noviembre, de la Recomendación 15VG/2018 sobre el “Caso Iguala”, se envió el enlace para acceder a dicha recomendación a la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y su representación en México; diversos Órganos de Tratados y Procedimientos Especiales de la ONU, sobre el tema de desaparición; Comisionados y Secretario Ejecutivo de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos; Presidente de GANHRI; a la Secretaría Técnica y al Coordinador de la ComFIO de la Federación Iberoamericana del Ombudsman; a la Secretaría General de la Red de INDH del Continente Americano; al Instituto Internacional del Ombudsman; a las Embajadas acreditadas en México de Alemania, Canadá, Dinamarca, España, Estados Unidos de América, Francia, Suecia y Unión Europea.

SECRETARÍA TÉCNICA DEL CONSEJO CONSULTIVO

DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN CON ORGANISMOS PÚBLICOS
DE DERECHOS HUMANOS

- I. Nombre del evento: **Reunión de trabajo con la Federación Mexicana de Organismos Públicos de Derechos Humanos.**
- II. Lugar y fecha de realización: Ciudad de México, el día 12 de septiembre de 2018.
- III. Objetivos o finalidad del evento: Establecer un diálogo entre los titulares de los Organismos Públicos de Derechos Humanos sobre la autonomía de los mismos y características indispensables para el cumplimiento de sus objetivos.
- IV. Institución con la que se coordinó: Federación Mexicana de Organismos Públicos de Derechos Humanos.
- V. Personas que participaron:

Por parte de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos: licenciado Joaquín Narro Lobo, Secretario Técnico del Consejo Consultivo y licenciado Héctor E. Zelonka Valdés, Director de Vinculación con Organismos Públicos de Derechos Humanos.

Por parte de la Federación Mexicana de Organismos Públicos de Derechos Humanos: doctora Namiko Matsumoto Benítez, Presidenta de la Federación Mexicana de Organismos Públicos de Derechos Humanos y Presidenta de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Veracruz; maestro José Luis Armendáriz González, Secretario y Presidente de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua; licenciado José Raúl Montero de Alba, Vicepresidente de la Zona Oeste de la Federación Mexicana de Organismos Públicos de Derechos Humanos y Procurador de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, licenciado Jorge Andrés López Espinosa, Vicepresidente de la Zona Este de la Federación Mexicana de Organismos Públicos de Derechos Humanos y Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí, licenciado Juan Antonio Renedo Dorantes, Vicepresidente de la zona Sur y Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche; maestro J. Asunción Gutiérrez Padilla, Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Aguascalientes; doctor Sabino Hermilo Flores Arias, Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Colima; licenciado Juan José Zepeda Bermúdez, Presidente de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chiapas; Nashieli Ramírez Hernández, Presidenta de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal; doctor Marco Antonio Güereca Díaz, Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango; licenciado Ramón Navarrete Magdaleno, Presidente de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Guerrero; licenciado Alejandro Habib Nicolás, Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, doctor Jorge Olvera García, Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, licenciado José Luis Victoria Espinoza, Consejero Jurídico y Representante del Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Morelos; maestro Marco Antonio Toh Euán, Presidente de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo; licenciado Pedro Federico Calcáneo Argüelles, Presidente de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Tabasco; licenciada Olivia Lemus, Presidenta de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Tamaulipas; licenciado Víctor Manuel Cid del Prado Pineda, Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tlaxcala, maestro Miguel Oscar Sabido Santana, Encargado del despacho de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán.
- VI. Número de asistentes: 20 personas.
- VII. Público al que se dirigió: Integrantes de la Federación Mexicana de Organismos Públicos de Derechos Humanos.
- VIII. Principales logros alcanzados: Plantear rutas para fortalecer la autonomía de los Organismos Públicos de Derechos Humanos del país.

- I. Nombre del evento: **Segunda sesión ordinaria de los Jurados de Premiación de los “Premios Regionales de Derechos Humanos 2018”.**
- II. Lugar y fecha de realización: Ciudad de México, el día 12 de noviembre de 2018.
- III. Objetivos o finalidad del evento: Revisión y análisis de las propuestas de las personas candidatas a obtener los “Premios Regionales de Derechos Humanos 2018”.
- IV. Institución con la que se coordinó: Federación Mexicana de Organismos Públicos de Derechos Humanos.
- V. Personas que participaron:

Por parte de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos: licenciado Héctor E. Zelonka Valdés, Director de Vinculación con Organismos Públicos de Derechos Humanos.

Por parte de la Federación Mexicana de Organismos Públicos de Derechos Humanos: doctora Namiko Matsumoto Benítez, Presidenta de la Federación Mexicana de Organismos Públicos de Derechos Humanos y Presidenta de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Veracruz.

Por la zona Sur: licenciado Juan Antonio Renedo Dorantes, Vicepresidente de la zona Sur y Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche; licenciado Lic. Ramón Navarrete Magdaleno, Presidente de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Guerrero y el maestro Miguel Oscar Sabido Santana, Encargado del despacho de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán.

Por la zona Norte: licenciada Olivia Lemus, Presidenta de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Tamaulipas; maestro José Luis Armendáriz González, Secretario de la FMOPDH y Presidente de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua.

Por la zona Este: licenciado Alejandro Habib Nicolás, Presidente de la Comisión del Estado de Hidalgo.

Por la zona Oeste: licenciado José Raúl Montero de Alba, Vicepresidente de la zona Oeste y Procurador de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, maestro J. Asunción Gutiérrez Padilla, Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Aguascalientes.
- VI. Número de asistentes: nueve personas.
- VII. Público al que se dirigió: Integrantes de la Federación Mexicana de Organismos Públicos de Derechos Humanos.
- VIII. Principales logros alcanzados: Dictamen de las propuestas de los “Premios Regionales de Derechos Humanos 2018”.

- I. Nombre del evento: **Diálogo entre los *ombudsperson* de México y Portugal sobre Migración, Informalidad Económica y Derechos Humanos.**
 - II. Lugar y fecha de realización: Guadalajara, Jalisco, 25 de noviembre de 2018.
 - III. Objetivos o finalidad del evento: Promoción y difusión de temas en materia de derechos humanos.
 - IV. Institución con la que se coordinó: Feria Internacional del Libro de Guadalajara, Universidad de Guadalajara y Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco.
 - V. Personas que participaron: doctora María Lúcia Amaral, Defensora del Pueblo de Portugal, la maestra Consuelo Olvera Treviño, Secretaria Ejecutiva, en representación del maestro Luis Raúl González Pérez, Presidente de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y como moderador el doctor Eduardo Sosa Márquez, Primer Visitador General de la Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco.
 - VI. Número de asistentes: 250 personas, aproximadamente.
 - VII. Público al que se dirigió: Asistentes de la Feria Internacional del Libro de Guadalajara, académicos, público en general interesado en el tema, entre otros.
 - VIII. Principales logros alcanzados: Fortalecer la vinculación entre la Comisión Nacional de los Derechos Humanos con actores internacionales, Organismos Públicos de Derechos Humanos e instituciones académicas.
 - IX. Aspectos a destacar: La Feria Internacional del Libro de Guadalajara es la reunión editorial más importante de Iberoamérica y un extraordinario festival cultural fundado hace 32 años por la Universidad de Guadalajara.
- Concebida como un festival cultural y un espacio para la discusión académica de los grandes temas que cruzan nuestra actualidad, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, participo por primera vez, ofreciendo al público asistente de la Feria, interesado en el tema, académicos, entre otros, un “Diálogo entre los *ombudsperson* de México y Portugal sobre Migración, Informalidad Económica y Derechos Humanos”, tema de relevancia para toda

Latinoamérica, e invitando a la Dra. María Lúcia Amaral, Defensora del Pueblo de Portugal, país Invitado de Honor este año la Feria.

- I. Nombre del evento: **Mesa de discusión sobre Seguridad, Política y Derechos Humanos.**
- II. Lugar y fecha de realización: Guadalajara, Jalisco, 25 de noviembre de 2018.
- III. Objetivos o finalidad del evento: Promoción y difusión de temas en materia de derechos humanos.
- IV. Institución con la que se coordinó: Feria Internacional del Libro de Guadalajara, Universidad de Guadalajara y Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco.
- V. Personas que participaron: Ingeniero Jacobo Dayán Askenazi, Especialista en Derechos Humanos, el doctor Alfonso Hernández Barrón, Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco, la doctora Iliana Guadalupe León González, Coordinadora del Programa de Gestión Gubernamental del Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas (CUCEA), el doctor Javier Oliva Posada, Profesor-Investigador de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM y como moderadora la maestra Isabel Gallaga González, Tercera Visitadora General de la Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco.
- VI. Número de asistentes: 250 personas aproximadamente.
- VII. Público al que se dirigió: Asistentes de la Feria Internacional del Libro de Guadalajara, académicos, público en general interesado en el tema, entre otros.
- VIII. Principales logros alcanzados: Fortalecer la vinculación entre la Comisión Nacional de los Derechos Humanos con Organismos Públicos de Derechos Humanos, actores nacionales e instituciones académicas.

- I. Nombre del evento: **Reunión privada entre ombudsman.**
- II. Lugar y fecha de realización: Guadalajara, Jalisco, 25 de noviembre de 2018.
- III. Objetivos o finalidad del evento: Entablar un diálogo entre la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, la Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco, la Defensora del Pueblo de Portugal y actores claves de la entidad.
- IV. Institución con la que se coordinó: Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco, Defensoría del Pueblo de Portugal, Universidad de Guadalajara.
- V. Personas que participaron: Doctora María Lúcia Amaral, Defensora del Pueblo de Portugal, la maestra Consuelo Olvera Treviño, Secretaria Ejecutiva de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, la C. María Elena Limón García, Presidenta Municipal de Tlaquepaque, el doctor Alfonso Hernández Barrón, Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco (CEDH Jalisco), doctora Iliana Guadalupe León González, Coordinadora del Programa de Gestión Gubernamental del CUCEA, el doctor José de Jesús Becerra Ramírez, Director de la División de Estudios Jurídicos del Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Guadalajara, el licenciado Héctor Raúl Pérez Gómez, Director del Hospital Civil de Guadalajara, el doctor Javier Oliva Posada, Investigador de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, el maestro Eduardo Sosa Márquez, Primer Visitador de la CEDH Jalisco, la maestra Isabel Gallaga González, Tercera Visitadora General de la CEDH Jalisco, el diputado local Jorge Eduardo González Arana, Presidente de la Comisión de Derechos Humanos y Pueblos Originarios del Congreso del estado de Jalisco, el C. Jesús Medina Varela, Presidente de la Federación de Estudiantes de Guadalajara, el C. Sergio René de Dios, Periodista, el maestro Néstor Téllez Orellana, Secretario Técnico de la CEDH Jalisco, la doctora Esperanza Loera Ochoa, Consejera Ciudadana de la CEDH Jalisco, la psicóloga María del Socorro Piña Montiel, Consejera Ciudadana de la CEDH Jalisco, la maestra Ana Gabriela Mora Casián, Consejera Ciudadana de la CEDH Jalisco y el licenciado Héctor Zelonka Valdés, Director de Vinculación con Organismos Públicos de Derechos Humanos de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- VI. Número de asistentes: 18 personas
- VII. Público al que se dirigió: Servidores públicos.
- VIII. Principales logros alcanzados: Fortalecer la vinculación entre la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco, y actores claves del Estado.

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN EN DERECHOS HUMANOS

- I. Nombre del evento: **Premiación de los certámenes nacionales de derechos humanos, en coordinación con el SNTE.**
- II. Lugar y fecha: Edificio de la CNDH ubicado en República de Cuba núm. 60, Ciudad de México, el 27 de noviembre de 2018 a las 12:00 horas.
- III. Objetivo y finalidad del evento: reconocer a las y los ganadores de los certámenes nacionales impulsados con el SNTE, con el propósito de generar espacios de participación plural que permitan el conocimiento y la divulgación de los derechos humanos, a través de expresiones creativas, como las historietas, los videos y los ensayos.
Se promovieron cinco certámenes:
 - Certamen de Historieta “El Derecho Humano al Agua”, para estudiantes de 1o., 2o. y 3o. grado de primaria.
 - Certamen de Historieta “El Derecho a una Vida Libre de Violencia”, para estudiantes de 4o., 5o. y 6o. grado de primaria.
 - Certamen de Video “Derechos Humanos y Migración”, para estudiantes de secundaria.
 - Certamen de Video “Diversidad Sexual y Derechos Humanos”, para estudiantes de educación media superior.
 - Certamen de Ensayo “La Inclusión en el Aula”, para docentes.
- IV. Instituciones con las que se coordinó: Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación.
- V. Personas que participaron: por parte del SNTE, la maestra Silvia Luna Rodríguez, en representación del maestro Alfonso Cepeda Salas, Secretario General. Por parte de la CNDH, la doctora María Elisa Celis Barragán, Directora General de Educación en Derechos Humanos. Con el siguiente programa:

HORA	ACTIVIDAD
12:00-12:05	Bienvenida y presentación de autoridades
12:05-12:08	Transmisión de video alusivo a los certámenes
12:08-13:00	Premiación de cada certamen
13:00-13:10	Palabras de la maestra Silvia Luna Rodríguez, en representación del maestro Alfonso Cepeda Salas, Secretario General del SNTE
13:10-13:15	Palabras de la doctora María Elisa Celis, Directora General de Educación en Derechos Humanos de la CNDH
13:15-13:20	Despedida de autoridades
13:20	Fotografía general

- VI. Número de asistentes: 100 personas aproximadamente.
- VII. Público al que se dirigió: Comunidad educativa del Sistema Educativo Nacional, de los niveles de primaria a bachillerato y padres de familia.
- VIII. Principales logros alcanzados: Desde 2015, en cada nueva edición, este concurso se fortalece, logrando una mayor participación de niñas, niños y adolescentes de todo el país, así como de sus profesores, fomentando el conocimiento de los derechos humanos y fortaleciendo los lazos con organizaciones interesadas en la materia, como el SNTE.
- IX. Aspectos a destacar: El certamen convocó a estudiantes y docentes del Sistema Educativo Nacional afiliados al SNTE. Se realizó en el periodo comprendido del 29 de agosto al 9 de noviembre de 2018, con eliminatorias escolar, seccional y nacional. Los criterios de evaluación en lo general fueron:

- Originalidad e impacto
- Creatividad
- Estructura
- Capacidad expresiva y apego a la temática del certamen

En el certamen participaron un total de 1,678 trabajos. Los ganadores fueron de los estados de: Nuevo León, Coahuila, Chihuahua, Jalisco, Puebla, Hidalgo, Oaxaca y Guanajuato. El Jurado Calificador de la Etapa Nacional se instaló el 5 de noviembre de 2018, conforme a lo establecido en la convocatoria publicada el 29 de agosto del presente; la reunión de dictaminación del jurado fue el 8 de noviembre y los resultados se dieron a conocer el 8 de noviembre de 2018, en el sitio web de cada institución. Cada certamen fue cuatro jurados, dos nombrados por la CNDH y dos por el SNTE.

Este evento fue transmitido en línea a todo el territorio nacional, a través de los enlaces de las secciones sindicales del SNTE, promoviendo así el conocimiento de las acciones que realizamos conjuntamente para impulsar la cultura de los derechos humanos en nuestro país.

CENTRO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS**I. Actividades académicas**

- a) **Productos académicos.** Los siguientes trabajos recibieron el visto bueno definitivo por parte del Comité Editorial una vez realizadas las modificaciones requeridas a los autores.

Artículo:

- “El movimiento estudiantil de 1968 y la reivindicación de los derechos humanos”.

Comentarios cinematográficos:

- Película: *12 años de esclavitud: remanentes del pasado en la dinámica social actual*.
- Película: *Juliana. Disfrazarse de niño para sobrevivir*.

Por otro lado, los trabajos enlistados a continuación serán presentados para evaluación del Comité Editorial en la última sesión ordinaria que se llevará a cabo en el mes de diciembre.

Artículos:

- “Recomendaciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos a la Secretaría de Marina, 1990-2017”.
- “Herramientas antropológicas y debido proceso. Puente entre el Nuevo Sistema de Justicia Penal y los sistemas jurídicos indígenas tradicionales”.
- “La Acción Conectiva: hacia un modelo de acción mediado por la tecnología. Una aproximación conceptual con enfoque de derechos digitales”.
- “Análisis sobre la interacción entre los Comités de Derechos Humanos de la ONU y el Estado mexicano respecto de la figura del arraigo”.

Comentarios cinematográficos:

- Película: *Dawson, Isla 10*. Vulneración a los derechos humanos de los miembros de la Unidad Popular de Chile, tras el golpe militar que depuso al gobierno del presidente Salvador Allende, en 1973.
- Los derechos humanos de las personas en reclusión. Reseña de la película *Asesinato en primer grado* de Marc Rocco (1995).

Reseñas bibliográficas:

- “La noche de Iguala”.
- “Yo tuve un sueño, el viaje de los niños centroamericanos a Estados Unidos, de la autoría de Juan Pablo Villalobos, editorial Crónicas ANAGRAMA, 1a. edición de 2018”.

Comentario jurisprudencial:

- “La decisión del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en el *Affaire Lachiri C. Belgique*, de 18 de septiembre de 2018, sobre la restricción del uso del “Hijab” (Velo Islámico) y la libertad de manifestar las creencias religiosas”.

Ensayo:

- “Educación especial: la inclusión de las personas con discapacidad en el sistema educativo regular”.

- b) **Claustro Académico.** En la sesión del Claustro Académico celebrada el viernes 30 de noviembre, el investigador Alfredo Acuña Pacheco presentó los avances del trabajo titulado “La incorporación del derecho internacional en el sistema jurídico mexicano”.

c) Conferencias, Cursos de Docencia y/o actividades de vinculación realizadas por personal académico del CENADEH:*

TIPO DE ACTIVIDAD	ENTIDAD FEDERATIVA O PAÍS	NÚMERO DE ACTIVIDADES	M	H	TOTAL
Sesiones de Maestría y plática	Ciudad de México	12	110	769	879
TOTAL		12	110	769	879

*Del total de actividades realizadas en la Ciudad de México, once fueron sesiones impartidas por el personal académico a los alumnos de la Maestría de Mando Naval y Derecho del Mar y Marítimo que coordina la Secretaría de Marina. Algunos de los contenidos expuestos fueron "Características y Principios de los Derechos Humanos", "Naturaleza Jurídica de los Derechos Humanos", "Marco constitucional de los Derechos Humanos", "Bloque de constitucionalidad y control de convencionalidad", "Suspensión de garantías", "Sistema Universal de los Derechos Humanos", "Sistema Interamericano de los Derechos Humanos", "Los Derechos Humanos en las labores de seguridad pública", "Los Derechos Humanos en el Sistema de justicia penal acusatorio", entre otros. Asimismo, se realizó una plática informativa sobre las funciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos a un grupo de alumnos procedentes de Colombia de las instituciones académicas Corpusucre y Tecnar, quienes visitaron las instalaciones en una misión académica internacional como parte de la Fundación Tecnológica Antonio de Arévalo.

II. Programas de Formación Académica

TIPO DE PROGRAMA	ACTIVIDAD REALIZADA	NÚMERO DE PARTICIPANTES	GÉNERO
Becarios 2018	Las y los seis becarios remitieron los avances mensuales de sus tesis de licenciatura y/o maestría.	6	4 mujeres y 2 hombres
Especialidad en Derechos Humanos-UCLM	Del 6 al 9 de noviembre, los alumnos se presentaron a cursar los módulos: "Los derechos del ámbito personal y los derechos de libertad" y "El Ombudsman: origen y desarrollo" expuestos por la doctora María Elena Rebato Peño, catedrática de la Universidad de Castilla-La Mancha	51	31 mujeres y 20 hombres
Maestría Interinstitucional en Derechos Humanos (Primera Generación)	El 23 y 24 de noviembre, los alumnos de la primera Generación de la MIDH se presentaron a cursar las Unidad Temática "Procesos ante la justicia internacional", expuesta por el doctor Rodrigo Serrano Castro de la Universidad Autónoma de Baja California Sur.	50	25 mujeres y 25 hombres
Maestría Interinstitucional en Derechos Humanos (Segunda Generación)	El 31 de octubre la Universidad Autónoma de Tlaxcala envió al CENADEH los resultados* del proceso de selección de este programa académico en la sede de Ciudad de México.	56	35 mujeres y 21 hombres
Doctorado Interinstitucional en Derechos Humanos (DIDH)	El 26 y 27 de noviembre se llevó a cabo el Primer Coloquio Intersedes de este programa académico en la ciudad de San José del Cabo, Baja California Sur, en el cual los alumnos de todas las sedes presentaron los avances de sus tesis de investigación a sus compañeros y a los docentes.	42	20 mujeres y 22 hombres

* Cabe señalar que la referida relación es provisional, toda vez que algunos aspirantes presentaron el EXANI III del CENEVAL en el mes de noviembre, ya que por un error electrónico de la Universidad Autónoma de Tlaxcala no se les permitió realizar dicho examen en la fecha prevista. Por lo que este número podría modificarse a raíz del proceso de selección que se encuentra realizando la Universidad Autónoma de Tlaxcala.

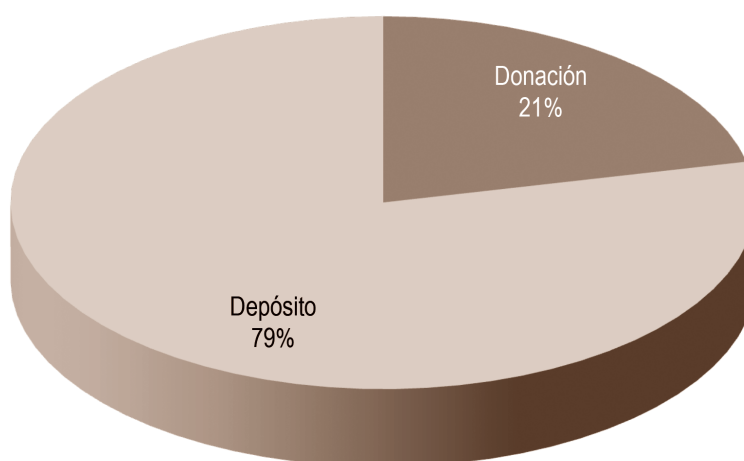
TIPO DE PROGRAMA	ACTIVIDAD REALIZADA	NÚMERO DE PARTICIPANTES	GÉNERO
Máster en Derecho Constitucional-UCLM	Los días 6, 7 y 8 de noviembre se impartió el módulo "Derechos fundamentales en el sistema constitucional II", por la doctora María Elena Rebato Peño.	15	5 mujeres y 10 hombres
Máster en Derecho Constitucional-UCLM	Los días 9 y 12 se realizaron dos tribunales para la defensa de los trabajos de fin de máster de 11 alumnos cuya evaluación fue aprobatoria.	11	3 mujeres y 8 hombres
TOTAL		231	123 mujeres y 108 hombres

III. Centro de Documentación y Biblioteca

a. Incremento del Acervo (Biblioteca)

En el mes que se informa, el acervo de la Biblioteca se incrementó con 135 volúmenes, generándose un total de 26,645 títulos y un total de 55,408 volúmenes, fascículos y/o ejemplares materiales que será difundido a través de la *Bibliografía de Nuevas Adquisiciones* que se publica mensualmente en la *Gaceta* de este organismo.

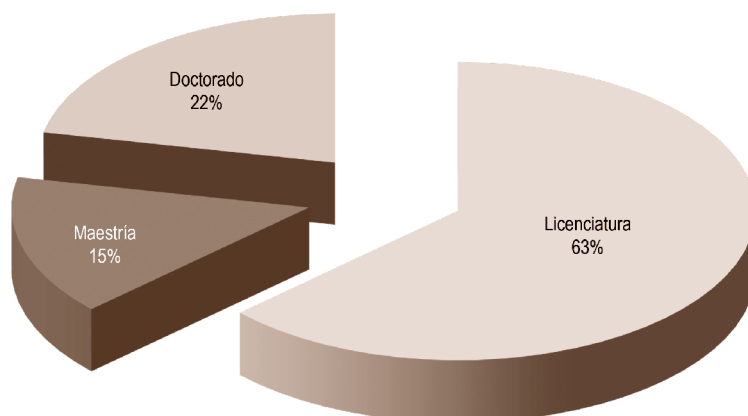
MODALIDAD DE INCREMENTO DEL ACERVO



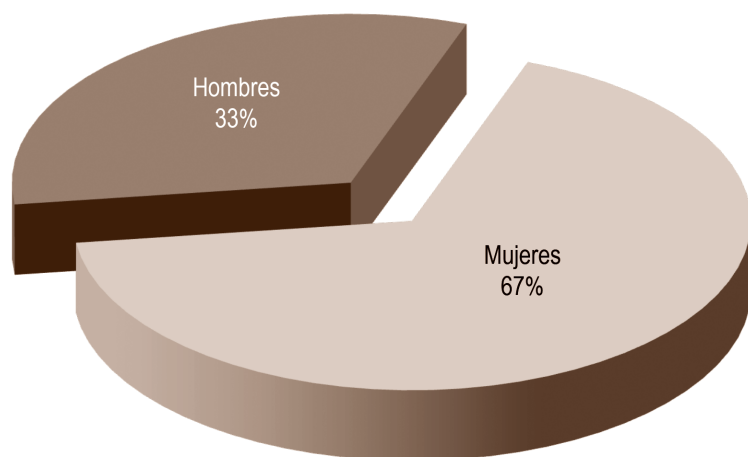
b. Actividades realizadas en el Centro de Documentación y Biblioteca

TIPO DE ACTIVIDAD	NÚMERO
Acciones del incremento del acervo	422
Usuarios	46
Préstamos	139
Consultas a la Base de Datos (<i>in situ</i> y <i>online</i>)	1,065
TOTAL	1,672

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE USUARIOS DE LA BIBLIOTECA



USUARIOS POR GÉNERO: 31 MUJERES Y 15 HOMBRES

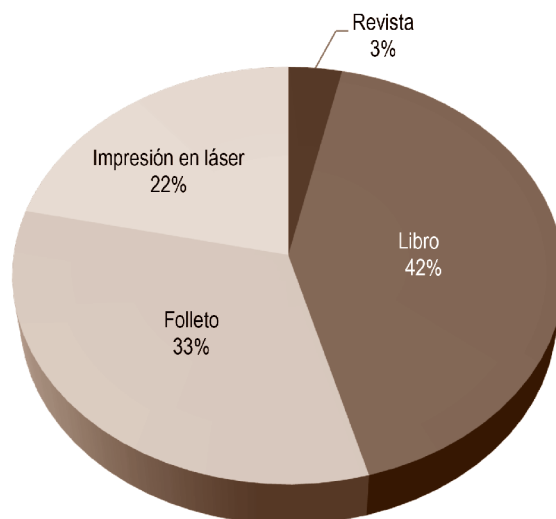


IV. Programa Editorial y de Publicaciones

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

TIPO DE PUBLICACIONES	TIRAJE
Publicaciones periódicas	
Revista	2,000
Publicaciones no periódicas	
Libro	24,500
Folleto	19,000
Impresión en láser	12,472
GRAN TOTAL	57,972

PUBLICACIONES NO PERIÓDICAS



V. Distribución de material editado por la CNDH

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

DISTRIBUCIÓN	
Interna 43,407	Externa 434,620
TOTAL: 478,027*	

* Cabe señalar que dentro del total reportado se encuentra el libro y el disco compacto titulado "Estudio para elaborar una propuesta de política en materia de JUSTICIA TRANSICIONAL EN MÉXICO", que ingresó al almacén de Publicaciones de este organismo el día 16 de noviembre de 2018, producto del Convenio Específico de Colaboración que celebraron la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y el Centro de Investigación y Docencia Económicas, A. C. firmado en la Ciudad de México el 24 de agosto de 2018, con número de folio CGSRAJ/093/2018.

Algunas de las instituciones a las que se entregó material fueron: Comisiones Estatales de Derechos Humanos, Defensoría Municipal de Derechos Humanos, Universidades, Partidos Políticos, Secretaría de Seguridad Pública de Nuevo León, Consejo de la Judicatura, Alcaldías, Complejo Penitenciario Islas Marías, venta y distribución de publicaciones en ferias, así como instituciones educativas y organismos de la sociedad civil, entre otras.



GACETA 340 • NOV • 2018
Comisión Nacional de los Derechos Humanos



Íntesis de Recomendaciones Generales

Sobre el efecto del monto del salario mínimo en la dignidad de las trabajadoras, los trabajadores y sus familias, y su relación con el pleno goce y ejercicio de sus derechos humanos

Ciudad de México, a 14 de noviembre de 2018

AUTORIDADES RESPONSABLES: Secretaría del Trabajo y Previsión Social
Secretaría de Desarrollo Social
Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Presidente de la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos
Consejo de Representantes de la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos
Legisladoras y Legisladores del Congreso de la Unión

DISTINGUIDAS(OS) SEÑORAS(ES):

De conformidad con los artículos 1o., párrafos primero, segundo y tercero; 18, párrafo segundo, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; los artículos 1o., 3o., 6o., fracciones VII, VIII, IX y X, y 15, fracción VIII, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; y del artículo 140 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se emite la presente Recomendación General que reconoce la necesidad que tiene para el goce y disfrute de los derechos humanos el que exista en el país un salario mínimo que permita a las trabajadoras y los trabajadores, así como a sus familias, alcanzar un nivel de vida acorde con su dignidad humana.

I. ANTECEDENTES

En México, desde la instauración del Constituyente de 1917, la figura del salario mínimo se discutía como parte de los derechos del trabajador, de igual forma, se analizaba sobre los aspectos que tenía que cubrir en la vida cotidiana de las personas que trabajaban y sus familias. Sin embargo, fue hasta el año de 1962 cuando la figura del salario mínimo se incorporó a la fracción VI del inciso A del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la cual se reconoce que “[l]os salarios mínimos generales deberán ser suficientes para satisfacer las necesidades normales de un jefe de familia, en el orden material, social y cultural, y para proveer a la educación obligatoria de los hijos”. De igual forma, se menciona que “[l]os salarios mínimos profesionales se fijarán considerando, además, las condiciones de las distintas actividades económicas”. En la actualidad, si bien los informes más recientes del Instituto Nacional de Estadística y Geografía no indican cuántos trabajadores y trabajadoras subordinados y remunerados cuentan con ingresos de un solo salario mínimo general o menos, estos datos estadísticos sí se pueden encontrar en el Informe mensual sobre el Comportamiento de

la economía de junio 2018 de la Comisión Nacional de Salarios Mínimos (CONASAMI), el cual establece, según sus fuentes, que el total de trabajadores asalariados en el país, que durante el primer trimestre de 2018 laboró tiempo completo y percibió un salario mínimo, ascendió a 2'164,934 personas trabajadoras, cantidad que representa el 5.9% de los asalariados totales y el 4.1% de la población ocupada total.

El salario mínimo es la retribución que establece el punto de partida irreductible que, por lo menos deberá pagar diariamente el patrón al trabajador por prestar sus servicios, y como ya se mencionó, debe ser suficiente para satisfacer las necesidades básicas de alimentación, vivienda, salud, educación, entre otras, para la trabajadora o el trabajador, y para su familia. Al respecto, en los últimos años, se ha avanzado en las metodologías encaminadas a entender las diversas variables socioeconómicas de las que depende el bienestar de la población, algunas de las cuales miden el monto económico necesario para cubrir las necesidades alimentarias y no alimentarias de las personas.

Así, desde el 2010, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), organismo público descentralizado, identifica a las personas o grupos de personas en situación de pobreza con base en la línea de bienestar y la línea de bienestar mínimo. Por un lado, el CONEVAL entiende a la línea de bienestar mínimo como el valor monetario de una canasta alimentaria básica, es decir, el costo total que al mes implica a una persona contar solo con comida suficiente en cantidad y calidad nutricional. Por otro lado, este organismo refiere a la línea de bienestar como el valor monetario de una canasta de alimentos, así como otros bienes y servicios básicos, esto es, el costo total al mes que le implica a una persona sufragar el acceso a los alimentos, así como los gastos inherentes a su transporte, cuidados personales, educación, cultura, recreación, vivienda, vestido y salud, entre otros satisfactores.

Ahora bien, el 4.1% de la población ocupada total cuenta con ingresos de un solo salario mínimo, sector específico de la población que enfrenta dificultades para asumir los costos inherentes a la alimentación educación, vivienda y cuidados de la salud, entre otros satisfactores necesarios para su bienestar, puesto que si se considerara que la línea de bienestar, a agosto de 2018, fue de \$3,001.17 mensuales en las zonas urbanas y que actualmente el monto del salario mínimo es de \$2,650.8 mensuales (88.36 diario), se estima que se deberían trabajar al menos 34 días para estar en posibilidad de alcanzar la línea de bienestar. En otras palabras, estos trabajadores no perciben al menos los ingresos económicos suficientes para alcanzar la línea de bienestar que, según el CONEVAL, corresponde al valor monetario de una canasta de alimentos y otros bienes y servicios necesarios para su bienestar.

II. SITUACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA

El salario mínimo general se establece en el artículo 123, apartado A, fracción VI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; asimismo, es el fundamento constitucional del organismo encargado de fijarlo.

A nivel internacional, la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el artículo 23, párrafo 3, proclama el derecho de toda persona que trabaja a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure a él y a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y, que dicha retribución, en caso necesario, será completada por cualesquiera otros medios de protección social.

Sobre este tema, el Convenio 131 y la Recomendación 135 sobre la fijación de salarios mínimos, ambos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), establecen que todo Estado Miembro de ese organismo que ratifique el referido Convenio, se obliga a establecer un sistema de salarios mínimos que se aplique a todos los grupos

de asalariados cuyas condiciones de empleo hagan apropiada la aplicación de dicho sistema de salarios.¹ El Convenio fue ratificado por el Estado Mexicano el 18 de abril de 1973.

Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por México el 23 de marzo de 1981, determina que las condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias deben asegurar: una remuneración que proporcione como mínimo a todos los trabajadores un salario equitativo e igual por trabajo de igual valor, sin distinción de ninguna especie; condiciones de existencia dignas para ellos y para sus familias; y el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia que incluya alimentación, vestido y vivienda adecuados, así como a una mejora continua de sus condiciones de existencia.

En el ámbito del sistema interamericano, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948, en su artículo XIV dispone que toda persona que trabaja tiene derecho de recibir una remuneración que, en relación con su capacidad y destreza le asegure un nivel de vida conveniente para sí misma y su familia.

Por su parte, la Carta de la Organización de los Estados Americanos, en su artículo 34 inciso g) establece, entre otras disposiciones, que los Estados miembros convienen asimismo en dedicar sus máximos esfuerzos a la consecución de salarios justos, oportunidades de empleo y condiciones de trabajo aceptables para todos.

De manera particular, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha reconocido que entre las condiciones necesarias para una vida digna se encuentran el acceso y calidad del agua, alimentación, salud y educación, indicando que estas condiciones impactan de manera aguda el derecho a una existencia digna, así como las condiciones básicas para el ejercicio de otros derechos humanos.

III. OBSERVACIONES

a. Reforma Constitucional del 10 de junio de 2011

La reforma constitucional del 10 de junio de 2011, publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, establece que en los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la 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 la propia Constitución establezca.

Lo anterior, es acorde al Derecho Internacional de los Derechos Humanos, mediante el cual el Estado Mexicano ha asumido obligaciones respecto de los derechos humanos consistentes en su respeto, garantía, protección y adecuación sin discriminación alguna. El cumplimiento de estas obligaciones por parte del Estado Mexicano en torno al salario mínimo, entraña el deber de adoptar todas las acciones apropiadas, que incluyen las medidas de carácter administrativo, financiero, educacional y social, para lograr progresivamente el pleno goce y disfrute de los derechos humanos. En este sentido, se ha pronunciado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General 3 sobre “La índole de las obligaciones de los Estados Partes” del año 1990.

Los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad de los derechos humanos referidos en el citado artículo 1o. de la Carta Magna deben ser entendidos bajo la premisa de que los derechos humanos son inherentes a todas las personas y concierne a toda la comunidad internacional su protección (univer-

¹ Asimismo, el Convenio 131 señala que para determinar el nivel de los salarios mínimos se deberá tomar en cuenta las necesidades de los trabajadores y de sus familias habida cuenta del nivel general de salarios en el país, del costo de vida y sus variaciones entre otros criterios.

salidad). Recordando que los derechos humanos se encuentran relacionados entre sí, no pueden ni separarse, ni considerar que algunos sean más importantes que otros, y deben interpretarse y tomarse en su conjunto y no como elementos aislados (interdependencia e indivisibilidad). En este contexto, los Estados deben adoptar providencias para lograr la plena efectividad de los derechos, debiendo no únicamente ser una obligación para lograr la realización íntegra de los derechos, sino que permitan avanzar gradual y constantemente hasta su completa realización (progresividad).

Entonces, el salario se reconoce como un derecho humano, el cual consiste en una remuneración justa que permita a las trabajadoras y los trabajadores desarrollar una vida digna. Como se reconoce en el ámbito nacional e internacional, el salario mínimo debe ser suficiente para satisfacer las necesidades normales de una mujer u hombre cabeza de familia en el orden material, social y cultural, y para proveer a la educación obligatoria de los hijos. Con respecto a lo anterior, el artículo 4o. constitucional enuncia un catálogo de derechos, a partir de los cuales se puede identificar las necesidades normales o el mínimo indispensable que las personas necesitan para vivir y desarrollarse plenamente, señalan, entre otros, los derechos a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad; a la protección de la salud, y a disfrutar de vivienda digna y decorosa.

b. Derecho al mínimo vital

El Máximo Tribunal del país se ha pronunciado respecto al derecho al mínimo vital o mínimo existencial, el cual menciona que es concebido como un derecho fundamental que se apoya en los principios del Estado social de derecho, dignidad humana, la solidaridad y la protección de ciertos bienes constitucionales, cobra vigencia a partir de la interpretación sistemática de los derechos fundamentales consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, particularmente en sus artículos 1o., 3o., 4o., 13, 25, 27, 31, fracción IV, y 123; aunado al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador".

En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación establece que el derecho al mínimo vital se conforma por la satisfacción y la protección de diversas prerrogativas que, en su conjunto o unidad, forman la base o punto de partida desde la cual el individuo cuenta con las condiciones mínimas para desarrollar un plan de vida autónomo y de participación activa en la vida democrática del Estado (educación, vivienda, salud, salario digno, seguridad social, medio ambiente, etcétera), por lo que se erige como un presupuesto del Estado democrático de derecho, pues si se carece de este mínimo básico, las coordenadas centrales del orden constitucional carecen de sentido.

Así, la intersección entre la potestad estatal y el entramado de derechos y libertades fundamentales, en su connotación de interdependientes e indivisibles, fija la determinación de un mínimo de subsistencia digna y autónoma constitucionalmente protegida, que es el universal para sujetos de la misma clase y con expectativas de progresividad en lo concerniente a prestaciones. En este orden de ideas, este parámetro constituye el derecho al mínimo vital, el cual coincide con las competencias, condiciones básicas y prestaciones sociales necesarias para que la persona pueda llevar una vida libre del temor y de las cargas de la miseria o de necesidades insatisfechas que limiten sus libertades, de tal manera que este derecho abarca todas las medidas positivas o discriminaciones positivas necesarias para evitar que la persona se vea inconstitucionalmente reducida en su valor intrínseco como ser humano, por no contar con las condiciones materiales que le permitan llevar una existencia digna.²

² Tesis constitucional "DERECHO AL MÍNIMO VITAL. CONCEPTO, ALCANCES E INTERPRETACIÓN POR EL JUZGADOR", Semanario Judicial de la Federación, febrero de 2013, registro 2002743.

Bajo esta lógica y destacando que los derechos humanos son interdependientes, es decir, que están vinculados entre ellos y son indivisibles, no pueden separarse o fragmentarse unos de otros, el salario mínimo debe cubrir ciertas características contempladas dentro de la norma constitucional para alcanzar el mayor goce y ejercicio del derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria. En esta dirección, la suficiencia del salario mínimo se vuelve fundamental para obtener el grado de satisfacción necesario por las y los trabajadores respecto a su ingreso para asegurar una vida digna.

Por tanto, la suficiencia de dicha remuneración es condicionante para el ejercicio de otros derechos como la salud, la alimentación, la vivienda, entre otros derechos, que deben poseer todos los individuos para hacer frente a sus necesidades más básicas o al derecho al mínimo vital. Al respecto, es atinente mencionar que diversos tribunales en América Latina se han pronunciado respecto al derecho al mínimo vital, por ejemplo, en diversas sentencias de la Corte Constitucional de Colombia,³ asimismo, la Segunda Sala de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica⁴ y la Corte de Constitucionalidad de Guatemala.⁵

De este modo, las necesidades normales de las trabajadoras y los trabajadores, pueden ser entendidas como las condiciones mínimas o el derecho al mínimo vital, que sirve para desarrollar un plan de vida, esto es, las competencias, condiciones básicas y prestaciones sociales necesarias para que la persona pueda llevar una vida libre del temor y de las cargas de la miseria o de necesidades insatisfechas que limiten sus libertades, y así evitar que la persona se vea reducida en su valor intrínseco como ser humano, por no contar con las condiciones materiales que le permitan llevar una existencia digna para sí y para su familia.

Ahora, como ya fue referido, al menos en datos oficiales existe una cantidad reconocida de 2'164,934 de trabajadoras y trabajadores que perciben un solo salario mínimo, el cual es un grupo vulnerable que no percibe los ingresos económicos suficientes para alcanzar la línea de bienestar, que según el CONEVAL, corresponde al valor monetario de una canasta de alimentos y otros bienes, y servicios necesarios para su bienestar, enfrentándose con dificultades para asumir los costos inherentes a la alimentación, educación, vivienda y cuidados de la salud, entre otros satisfactores necesarios para su bienestar.

El fortalecimiento progresivo del salario mínimo de conformidad con los estándares de derechos humanos, y en particular a favor de las personas y familias con ingresos equivalentes a un salario mínimo, implica también una reflexión sobre las estructuras económicas, los mecanismos y procedimientos adoptados por el Estado mexicano para tal fin, entre los cuales se encuentra la propia CONASAMI como organismo tripartita encargado de fijar de dicha prestación. Por lo anterior, es necesario que se revise la suficiencia del salario mínimo y los mecanismos para la fijación del salario mínimo con la finalidad de que éstos se establezcan desde una perspectiva de derechos humanos.

Contar con un salario mínimo suficiente, aunado al beneficio de disponer de medidas eficaces de protección social, permitirían a las trabajadoras, los trabajadores y sus familias satisfacer sus necesidades básicas. La suficiencia del salario mínimo y el acceso a prestaciones laborales complementarias son elementos que contribuyen al ejercicio de la igualdad entre trabajadoras y trabajadores; a la protección de la niñez, de las personas con discapacidad y personas adultas mayores, dicho enfoque debe tomarse en cuenta en los procedimientos que se lleven a cabo para determinar el monto de dicha remuneración.

³ Sentencias T-426/14 de 2004-Banderley Quintana Ramírez y SU.995/99 de 1999-Carlos Gaviria Díaz. Disponibles en <http://www.corteconstitucional.gov.co>, fecha de consulta: mayo de 2016.

⁴ Expediente 02-300147-0341-LA, sentencia del 14 de septiembre de 2004.

⁵ Expediente 3781-2015, sentencia del 8 de septiembre del 2015.

La suficiencia del salario mínimo no se ciñe a elementos estáticos, sino que involucra todos aquellos aspectos conducentes al mejoramiento continuo y progresivo del nivel de vida de las trabajadoras y los trabajadores, así como de sus familias. Por ende, la fracción VI del inciso A del artículo 123 constitucional, relativo a "... [l]as necesidades normales de un jefe de familia, en el orden material, social y cultural, y para proveer a la educación obligatoria de los hijos", no debe ser entendido de manera restrictiva, sino a la luz del artículo 1o. constitucional, más aún cuando su contenido normativo posee un ineludible vínculo con el goce de diversos derechos humanos, por lo que su interpretación debe ser conforme a aquellas normas que favorezcan la protección más amplia de las personas.

No debe perderse de vista que el Estado tiene un deber primario de respeto hacia los derechos humanos, pero que en su misión de protección de tales derechos ha de realizar las acciones necesarias para que, en el esquema de su participación en la fijación del salario mínimo, otros sectores, como el empresarial o la propia sociedad, otorguen la debida prioridad a la salvaguarda de la dignidad humana.

Por lo antes expuesto, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos formula, respetuosamente, a ustedes señoras y señores, las siguientes:

IV. RECOMENDACIONES GENERALES

A ustedes Secretarios del Trabajo y Previsión Social; de Desarrollo Social; de Hacienda y Crédito Público; Presidente de la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos; Consejo de Representantes de la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos y Legisladoras y Legisladores del Congreso de la Unión:

ÚNICA. Asumir los acuerdos necesarios para incrementar el salario mínimo a partir del ejercicio fiscal 2019, considerando como mínimo lo expuesto por el CONEVAL en relación con la línea de bienestar y en este mismo sentido, considerar la relación existente entre salario mínimo y la cantidad de personas promedio por hogar mexicano.

A usted Secretario del Trabajo y Previsión Social, en el ámbito de sus atribuciones:

PRIMERA. Solicitar la revisión del salario mínimo con base en el artículo 570, fracción I, de la Ley Federal del Trabajo, a la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, con un enfoque de derechos humanos, para que prevalezca la dignidad de las personas como eje rector en la fijación del mismo y presentar un análisis que demuestre el incremento en proporción con la línea de bienestar, y

SEGUNDA. Promover, respetar, proteger y garantizar, en el ámbito de sus facultades, a favor de las trabajadoras y trabajadores que perciben el equivalente a un salario mínimo, las prestaciones mínimas reconocidas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la normatividad laboral, los precedentes judiciales, los instrumentos internacionales y los Convenios y Recomendaciones de la OIT. En particular, la seguridad social, el pago de aguinaldo, vacaciones, días de descanso, prima dominical y participación de utilidades, entre otras.

A ustedes miembros del Consejo de Representantes de la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, en el ámbito de sus atribuciones:

PRIMERA. Realizar la actividad de fijación del salario mínimo con una perspectiva de derechos humanos, con apego a los estándares nacionales e internacionales que salvaguardan la dignidad de las personas como eje central, al decidir sobre el ingreso que habrán de percibir como mínimo las y los trabajadores en nuestro país.

SEGUNDA. Observar en su actividad el Convenio 131 y la Recomendación 135 de la OIT, en particular, respecto a los elementos que deberán tenerse en cuenta para determinar la fijación del salario mínimo, en especial a los criterios relativos para determinar el nivel de los salarios mínimos, además de la consulta exhaustiva que debe realizarse a las organizaciones de empleadores y trabajadores interesados para poder determinar su nivel.

TERCERA. Hacer pública, de manera clara y precisa, la metodología, así como, los informes y estudios empleados por este órgano colegiado tripartito para fijar el salario mínimo en México, con la finalidad que la población conozca de manera transparente el procedimiento, las fases y decisiones que se toman, y sobre cuáles son las bases para fijar el salario mínimo.

CUARTA. Adoptar, en la formulación de la Resolución del Salario Mínimo, los estudios, investigaciones e informes que se le presenten y analizar a profundidad los textos existentes sobre el tema de salario mínimo en el país, así como las cifras estadísticas para adecuar la relación entre el ingreso mínimo y las erogaciones que realizan las y los trabajadores para su manutención y de sus familias, a efecto de tener un nivel de vida digno.

QUINTA. Considerar la relación existente entre el salario mínimo y la cantidad de personas promedio por hogar mexicano, así como las implicaciones que tiene su insuficiencia respecto de la línea de bienestar nacional.

SEXTA. Considerar la posibilidad de que otros sectores de la población, como lo son la sociedad civil y el sector académico, puedan participar en la discusión y valoración del monto del salario mínimo en el país.

SÉPTIMA. Considerar en su actividad, el impacto que existe en el ingreso de las y los trabajadores la situación actual del sistema de salud, de seguridad social y de educación en el país, así como el acceso a los programas sociales del sector laboral en México, y

OCTAVA. Continuar con el objetivo fundamental de recuperar el poder adquisitivo del salario mínimo.

A ustedes Diputados y Senadores del Congreso de la Unión, en el ámbito de sus atribuciones:

ÚNICA. Legislar sobre la fijación del salario mínimo con perspectiva de derechos humanos, a efectos de que se incorporen en la normatividad laboral pertinente los estándares más altos de derechos humanos y las mejores prácticas en las actividades de la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos al fijar los mismos.

La presente Recomendación es de carácter general, de conformidad con los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6o., fracción VIII, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 44 y 140 de su Reglamento Interno, y fue aprobada por el Consejo Consultivo de esta Comisión Nacional en su sesión ordinaria 371, del 9 de julio de 2018, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de que se promuevan los cambios y modificaciones de disposiciones normativas así como prácticas administrativas que constituyan o potencialmente puedan constituir violaciones a derechos humanos y, también para que las autoridades competentes, dentro de sus atribuciones, eliminen dichas violaciones y subsanen las irregularidades de que se trate.

Con base en el mismo fundamento jurídico se comunica a ustedes que las Recomendaciones Generales no requieren de aceptación por parte de las autoridades destinatarias; sin embargo, se requiere que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de las recomendaciones se envíen a esta Comisión Nacional en un término de treinta días hábiles siguientes a la fecha de emisión de la presente Recomendación.



GACETA 340 • NOV • 2018
Comisión Nacional de los Derechos Humanos



Síntesis de Recomendaciones

Sobre el caso de violaciones al derecho a la protección a la salud de V1 y V2, así como a la libertad y autonomía reproductiva de V1 y V2, al interés superior de la niñez en agravio de V1, mujer adolescente y violencia obstétrica en agravio de V2 en hospitales dependientes de la Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas

Ciudad de México, a 9 de noviembre de 2018

AUTORIDAD RESPONSABLE: Gobernador Constitucional del Estado de Tamaulipas

PROCEDIMIENTO: Expediente de Queja

SÍNTESIS DE HECHOS

El 28 de noviembre de 2017, se publicó en el portal de internet Milenio Tamaulipas,¹ la nota titulada “Denuncian negligencia por muerte de dos bebés”, a través de la cual se difundió el caso de V1, de 15 años de edad, quien acudió al Hospital General Altamira el día 25 de noviembre de 2017, para ser atendida durante el trabajo de parto, sin embargo, por presunta negligencia médica del personal del nosocomio, el producto de la gestación falleció y V1 perdió la matriz. En la misma publicación se refirió que los hechos se registraron durante el fin de semana en el que se presentó otro caso, donde se reportó el fallecimiento de un neonato.

Por tanto, al considerar que la protección de la salud es un derecho elemental para todas las personas y particularmente para las mujeres gestantes quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad, y siendo una de las víctimas adolescente, al existir elementos para considerar que en el caso pudieran actualizarse omisiones posiblemente violatorias de derechos humanos, el 5 de diciembre de 2017, con fundamento en los artículos 24, fracción II de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 89 de su Reglamento Interno, esta Comisión Nacional acordó atraer e iniciar de oficio del caso.

a. Caso de V1

En entrevista celebrada el 12 de abril de 2018 con Visitadores Adjuntos de esta Comisión Nacional, V1 manifestó que el 24 de noviembre de 2017, cuando contaba con 15 años de edad y se encontraba embarazada, acudió junto con T1 al Hospital General de Tampico, Tamaulipas, aproximadamente a las 18:00 horas, ya que su bebé “estaba por nacer”, en este lugar fue revisada por una ginecóloga, quien le dijo que le faltaba una semana para nacer.

¹ Disponible en <http://www.milenio.com/estados/denuncian-negligencia-en-muerte-de-bebe>

V1 y T1 decidieron permanecer afuera del hospital pues ya llevaban ropa, pañales y leche. Al día siguiente, T1 insistió en que V1 fuera atendida porque se sentía mal, sin embargo, nuevamente se le dijo que faltaba una semana para el nacimiento de su bebé, por lo que decidieron retirarse a su domicilio ubicado en la localidad de Villa Cuauhtémoc, municipio de Altamira, Tamaulipas, que está aproximadamente a 50 kilómetros de distancia.

V1 continuó con dolores en el vientre, por lo que aproximadamente a las 13:00 horas, del 25 de noviembre de 2017, acudió al Centro de Salud de la localidad donde revisaron el corazón del bebé y le dijeron que latía muy lento; por tanto, fue referenciada al área de urgencias del Hospital General de Altamira. V1 manifestó que al llegar a aquella unidad hospitalaria ingresó al área de urgencias donde fue valorada por AR2, quien le dijo que no presentaba dilatación y le indicó nuevamente que regresara a su casa.

El 25 de noviembre de 2017, aproximadamente a las dos de la tarde, V1 acudió al Hospital General de Altamira, donde personal médico le comunicó que su bebé no tenía pulso. A las 21:00 horas, una ginecóloga confirmó el deceso del producto de la gestación.

El 26 de noviembre a la 01:00 horas, fue ingresada a quirófano a fin de que se extrajera al óbito, siendo informada más tarde, por la misma ginecóloga, que para salvaguardar su vida también le quitaron “la matriz porque se había infectado y tenía hemorragia”, permaneciendo una semana internada en el hospital. Es de destacar que a V1 también le retiraron una parte del apéndice, porque estaba infectada.

b. Caso de V2

V2, de 32 años de edad, cursaba el octavo mes de su tercer embarazo. A las 9:00 horas del 25 de noviembre de ese año comenzó a sentir dolores de parto, por lo que se trasladó junto con V3 al Centro de Salud de Villa Manuel, municipio de González, Tamaulipas. En el citado nosocomio, V2 fue referenciada al Hospital General de Altamira, al cual arribó a las 13:00 horas y se le practicó un ultrasonido en el que se detectó que su bebé había fallecido, situación que atribuyó a la demora en su atención médica.

V2 refirió haber perdido el conocimiento durante su estancia en el Hospital General de Altamira. En éste, fue diagnosticada con probable choque séptico, óbito fetal y anemia. Debido al estado de urgencia y a la falta de médico internista, ese día por la tarde fue trasladada al Hospital Civil de Madero, Tamaulipas. Asimismo, mencionó que el 26 de noviembre de 2017 recobró el conocimiento, sin saber qué había sucedido con ella y el producto de la gestación. Se le practicó una cesárea para extraérselo y permaneció hospitalizada 20 días.

OBSERVACIONES

En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente CNDH/4/2017/8824/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encontró elementos de convicción suficientes que acreditan la vulneración a los derechos humanos de V1 y V2, por lo que realizó el siguiente análisis: a la protección de la salud de V1 y V2; a la libertad y autonomía reproductiva de V1 y V2; al interés superior de la niñez de V1, y a una vida libre de violencia de V2.

A.1 Caso de V1

Control prenatal de V1

El control prenatal de V1, de 14 años de edad, inició en el Centro de Salud de Villa Cuauhtémoc donde fue valorada por primera vez el 29 de septiembre de 2017 por MPSS, quien emitió el diagnóstico de: *embarazo de 27.6*

gestación, alto riesgo por edad materna. V1 cursó con sobrepeso, también considerado un factor de riesgo en el embarazo por la *Guía de Práctica Clínica para el control Prenatal con enfoque de Riesgo*, por asociarse con riesgos de presentar preeclampsia² y culminación del embarazo por cesárea.

MPSS referenció a V1 al segundo nivel de atención en el Hospital General de Altamira por el embarazo de alto riesgo. También diagnosticó que V1 presentaba signos de anemia; la *Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con enfoque de Riesgo* recomienda realizar pruebas de tamiz para detectar anemia en la primera cita y a las 28 semanas de gestación, así como inicio de tratamiento, ya que este padecimiento se ha asociado con parto prematuro y bajo peso del recién nacido. Al respecto, MPSS omitió indicar tratamiento a base de hierro, incrementando el riesgo de parto prematuro.

También, es preciso destacar que el numeral 5.2.1.9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, establece que cuando se atiende a una mujer embarazada, de manera particular, si es adolescente menor a 15 años, deberá realizar la búsqueda intencionada de ejercicio de violencia sexual, familiar o de género, a fin de que, en su caso, se inicien las acciones jurídicas procedentes. En ese sentido, la edad de V1 no fue tomada en cuenta por MPSS en la citada consulta, toda vez que no describió haber realizado esa búsqueda incumpliendo con lo establecido por la citada Norma Oficial Mexicana.

El 20 de octubre de 2017, a las 09:20 horas, V1 acudió al Centro de Salud de Villa Cuauhtémoc donde se le diagnosticó con embarazo de 33-34 semanas de gestación con buen estado clínico. El 27 del mismo mes y año, V1 fue valorada en el Hospital General de Altamira por SP1 quien destacó que no se había realizado ultrasonido obstétrico durante el embarazo.

El citado estudio, era necesario ya que la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, refiere la importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas para detectar riesgos fetales y maternos, y en su apartado 5.2.1.16 recomienda la realización de un ultrasonido cada trimestre del embarazo por personal capacitado para determinar el bienestar materno y fetal. En el caso de V1, la falta del ultrasonido obstétrico durante el curso del embarazo corrobora la inadecuada valoración y vigilancia durante el control prenatal de V1 otorgada en el Centro de Salud de Villa Cuauhtémoc, por lo que SP1 solicitó el ultrasonido obstétrico para V1 e integró el diagnóstico de embarazo de 31.6 semanas de gestación por fecha de última menstruación, embarazo de alto riesgo por edad y anemia por falta de hierro, indicando tratamiento para esa deficiencia.

El 13 de noviembre de 2017, a las 12:15 horas, V1 acudió al Centro de Salud de Villa Cuauhtémoc donde fue valorada por MPSS, quien diagnosticó embarazo de 34.2 semanas de gestación, *pródromos*³ de trabajo de parto y amenaza de parto pretérmino y debido a ello, indicó a V1 acudir al Hospital General de Altamira para revaloración.

A las 16:45 horas del 13 de noviembre de 2017, V1 acudió al Hospital General de Altamira donde fue valorada por AR1, quien describió un embarazo de 38.5 semanas de gestación y trabajo de parto inicial. De igual forma, reportó que V1 cursaba con *pródromos*, sin especificar más datos, producto cefálico, frecuencia cardíaca fetal normal, sin describirla, y *cérvix cerrado*.

² La preeclampsia es una enfermedad propia del embarazo que, según la Sociedad Española de Hipertensión, puede afectar al 7-10 % de las mujeres. Se define por una elevación de la presión arterial a partir de la semana 20 de gestación asociada a una pérdida de proteínas por la orina. Diccionario Médico, Clínica de la Universidad de Navarra.

³ Datos iniciales del trabajo de parto.

Sobre esta valoración, la Opinión Médica de este Organismo Nacional determinó que AR1 no realizó una valoración integral de V1, toda vez que no describió los signos vitales, datos somatométricos (peso y talla), exploración de cabeza, cuello, abdomen y miembros y desde el punto obstétrico, no incluyó la altura del fondo uterino, palpación de movimientos fetales y contracciones uterinas, así como el borramiento del cérvix, y si había o no pérdidas transvaginales, por lo que no fue posible determinar el estado clínico de V1 y del producto de la gestación, con lo cual incumplió lo previsto en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*.

Por otra parte, AR1 indicó en su nota de atención “cita al parto”, sin embargo, de acuerdo a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se precisó que, aunque en ese momento V1 no contaba con criterios de hospitalización para resolver el embarazo, AR1 no estableció cuándo debía regresar para revaloración. Al respecto, la *Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*, recomienda que cuando no existan condiciones de hospitalización, el profesional de la salud deberá explicar de manera clara y sencilla a la paciente y a su acompañante, cuándo deberá regresar al servicio, así como los signos de alarma obstétrica, tales como: sangrado transvaginal, dolor, contracciones uterinas, cefalea, acúfenos, fosfenos, edema de cara y manos, salida de líquido transvaginal y disminución de movimientos fetales.

Lo anterior no fue llevado a cabo por AR1, al no haber descrito en la nota médica explicación alguna sobre la condición de alarma obstétrica en la que se encontraba V1 debido a la disminución de movimientos fetales, lo cual se relaciona con la muerte del producto de la gestación. Por tanto, de conformidad con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se acredita que AR1 realizó una inadecuada valoración y vigilancia del embarazo de alto riesgo de V1, por lo que pasaron inadvertidas las complicaciones obstétricas en que se encontraba y la situación del producto de la gestación, que derivaron en la muerte fetal intrauterina, ya que conforme al certificado, la causa de su deceso fue por interrupción de la circulación materno fetal, situación que pudo ser prevista con una adecuada valoración.

El 17 de noviembre de 2017, a las 09:15 horas, V1 acudió al Centro de Salud de Villa Cuauhtémoc con embarazo de 37-38 semanas de gestación, ocasión en la que se le referenció al Hospital General de Altamira, que es de segundo nivel de atención, para revaloración médica, sin embargo, en el diagnóstico no se estableció que V1 cursaba con embarazo de alto riesgo a pesar de los antecedentes de edad materna de 15 años, obesidad grado I y anemia; condiciones que de conformidad con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, pudieron contribuir a un aumento en el riesgo de morbilidad materno, fetal y perinatal.

En suma, las inadecuadas atenciones médicas y vigilancia durante el control prenatal brindadas a V1, por personal médico del Centro de Salud Cuauhtémoc y el Hospital General de Altamira, aumentaron el riesgo de complicaciones obstétricas, así como morbilidad materno-fetal.

Atención médica de V1 en el Hospital General de Tampico

Respecto a las manifestaciones de V1 sobre la solicitud de atención en el Hospital General de Tampico, del 24 de noviembre de 2017, en donde de acuerdo a su dicho, se le negó el ingreso para su atención, como parte de su informe, la Secretaría de Salud remitió a esta Comisión Nacional un escrito al que titula “Nota de Valoración de Tococirugía”, del 25 de mayo de 2018, donde se describe de forma general que, el 24 de noviembre de 2017, a las 17:40 horas se valoró a V1 a quien se le realizó registro cardiotocográfico con categoría I (adecuado) y señala la existencia de datos de alarma obstétricos, sin que precisara cuáles datos, así como cita abierta a la unidad de tococirugía.

Además, en dicho escrito la citada Secretaría indicó que no contaba con expediente clínico en esa unidad y no se remitieron constancias de la citada valoración ni del registro cardiotocográfico. Por lo tanto, ante la falta de

estos elementos, este Organismo Nacional no está en posibilidad de constatar que se hubiera realizado una adecuada valoración médica o se emitieran las indicaciones descritas, a fin de estar en posibilidad de constatar lo descrito por V1 en su declaración ante este Organismo Nacional.

Inadecuada atención de V1 en el Hospital General de Altamira

El 25 de noviembre de 2017, a las 16:15 horas, V1 fue valorada en el Hospital General de Altamira por AR2, quien reportó que V1 presentaba signos vitales dentro de parámetros normales, y aunque se validó la vitalidad del producto con la frecuencia cardíaca fetal, no corroboró su bienestar y determinó su egreso con cita abierta a urgencias.

Al respecto, de acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se determinó que en este caso estaba justificado realizar las pruebas de bienestar fetal, toda vez que V1 cursaba con múltiples factores de riesgo, tales como edad materna, obesidad grado I y anemia; factores que desencadenaron en la pérdida del producto de la gestación.

Respecto de la frecuencia cardíaca descrita por el personal médico, la *Guía de Práctica Clínica para el control Prenatal con enfoque de Riesgo* describe que en todo el seguimiento prenatal el personal de salud debe estar alerta de los signos, síntomas o condiciones que afecten la salud de la madre y el feto. Asimismo, establece que, aunque la auscultación confirme que el producto está vivo, se recomienda el inicio de pruebas de bienestar fetal a partir de las 32-34 semanas, y se puede considerar realizarlas a edades gestacionales menores si existen condiciones de muy alto riesgo para la madre y el feto.

En este caso, la Opinión Médica describe que las indicaciones de las pruebas de bienestar fetal (*test* basal o monitorización fetal no estresante, prueba de *oxitocina*, estimulación vibro-acústica fetal, perfil biofísico fetal, Doppler, gasometría arterial, etcétera) deben ser consideradas relativas y, en general, se utilizan en gestaciones en donde el riesgo de pérdida fetal anteparto es elevado, como fue en este caso, debido a los factores de riesgo que presentaba V1, tales como edad, obesidad grado uno y anemia. Así también, refiere que los métodos de valoración del bienestar fetal anteparto, favorecen una tendencia hacia la disminución de la mortalidad perinatal en gestantes de alto riesgo.

A su vez, de la nota médica elaborada al efecto, se observó que AR2 integró el diagnóstico de primigesta de 15 años con embarazo de 40 semanas, producto reactivo, sin trabajo de parto y pelvis útil, pero no tomó en cuenta que V1 cursaba con un embarazo de alto riesgo debido a su edad y a los antecedentes de obesidad grado I y anemia. De acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, la importancia del control prenatal adecuado en el caso de V1 se asocia a su edad, anemia y obesidad, factores que se encuentran vinculados con complicaciones causantes de morbilidad y muerte materna y fetal.

AR2 tampoco describió la altura del fondo uterino, la palpación de movimientos fetales y contracciones uterinas, ni corroboró el bienestar fetal, concluyéndose que dicho personal no realizó una adecuada valoración del embarazo de V1, a pesar del alto riesgo de muerte fetal que presentaba y determinó su egreso del nosocomio, confirmando con ello la declaración de V1 sobre la negativa de una atención adecuada a su condición.

A las 21:40 horas, del mismo día 25 de noviembre de 2017, V1 fue valorada por un médico del Hospital General de Altamira, cuyo nombre y firma no obran en la nota conducente, quien estableció que V1 acudió al servicio de tocociugía por referir pródromos de trabajo de parto, movimientos fetales y negó sangrado y salida de líquido, salida de tapón mucoso con inicio a las 13:00 horas, ya que cursó con ocho horas aproximadamente, refiriendo que V1 había acudido a valoración médica a las 16:00 horas sin presentar dilatación del cérvix.

El día señalado, a las 21:40 horas, el médico reportó signos vitales dentro de parámetros normales en V1 y con relación a la valoración del abdomen, reportó producto único vivo de 41.3 semanas de gestación; sin embargo, en la misma nota médica se describió sin frecuencia cardíaca y que no se percibían movimientos fetales. Es decir, en la misma constancia el personal médico estableció que el producto de la gestación estaba vivo y posteriormente determinó que no tenía frecuencia cardíaca fetal, ni movimientos fetales, datos relacionados con muerte fetal intrauterina.

En el caso de V1, el personal médico tratante realizó ultrasonido y registro cardiotocográfico, corroborando el diagnóstico de óbito (muerte fetal). En ese sentido, es posible afirmar que el producto de la gestación no estaba vivo al momento de la valoración médica de las 21:40 horas. En consecuencia, se indicó valoración por Ginecología y Obstetricia.

El 25 de noviembre de 2017, a las 21:40 horas, a V1 le fue indicada la conducción del trabajo de parto. Para el 26 de noviembre de 2017, a las 00:28 horas, V1 fue valorada por personal médico del mencionado hospital, quien integró los diagnósticos de enfermedad hipertensiva del embarazo, probable Síndrome de Hellp⁴ y desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI),⁵ originado por el cuadro hipertensivo que presentaba, por lo que se determinó extraer el óbito por la vía abdominal, ya que además presentaba riesgo de hemorragia y atonía uterina. En la misma fecha, se le practicó cesárea, histerectomía obstétrica subtotal y apendicectomía incidental, procedimientos realizados debido al desprendimiento de placenta normoinsera, que a su vez fue secundaria a la enfermedad hipertensiva del embarazo (síndrome de Hellp), siendo el caso que la extirpación del apéndice se realiza con el fin de prevenir la aparición de una apendicitis aguda.

El 26 de noviembre de 2017, a las 13:00 horas, V1 fue valorada por SP4 quien estableció que ingresó al área de terapia intensiva estable con signos vitales normales. De las valoraciones realizadas con posterioridad por el personal médico se acreditó que V1 cursó con mejoría clínica, por lo que adecuadamente se indicó su egreso el 30 de noviembre de 2017.

En conclusión, la muerte fetal intrauterina que presentó el producto de la gestación de V1, se debió a la “interrupción de la circulación materno fetal”. De ello, este Organismo Nacional considera que el personal médico que atendió a V1, realizó una inadecuada valoración del embarazo de alto riesgo, pasando inadvertidos los múltiples factores a que se ha hecho referencia en este apartado: edad, obesidad grado 1 y anemia); incluso, si a las 16:15 horas se hubiera realizado una valoración adecuada y obtenido las pruebas de bienestar fetal, así como contemplar los factores de riesgo obstétrico de V1, el pronóstico materno fetal pudo haber mejorado.

A.2 Caso de V2

Inadecuada atención de V2 en el Hospital General de Altamira

V2, de 32 años de edad, cursaba su tercer embarazo de aproximadamente 35 semanas de gestación. El 25 de noviembre de 2017 acudió al Hospital General de Altamira por haber iniciado con trabajo de parto desde las 09:00 horas. Además, presentaba un cuadro de anemia leve del embarazo.

⁴ El Síndrome de Hellp se utiliza para describir la preeclampsia asociada con hemólisis (destrucción de eritrocitos), elevación de enzimas hepáticas y cuenta plaquetaria disminuida. S. S. Trivedi y Manju Puri, *Manejo del embarazo de alto riesgo un enfoque práctico*. Ed. Trillas. Primera Ed., en español, septiembre 2014. p. 267.

⁵ Asturizaga P. y J. Toledo, “Síndrome hemorrágico que se presenta por desprendimiento total o parcial de la placenta normalmente insertada”, en *Hemorragia Obstétrica*. Rev. Médica, La Paz 2014; 20(2):57-58.

En la hoja de referencia-contrarreferencia en la cual se hizo constar el traslado de V2 del Centro de Salud de Villa Manuel al Hospital de Altamira, no consta que se haya realizado una valoración médica, debido a que no se asentó hora de ésta, el motivo de la consulta, signos vitales y frecuencia cardíaca fetal, así como la presencia de algún dato de alarma obstétrica, tales como sangrado transvaginal, dolor, contracciones uterinas, cefalea, fosfenos y acufenos, edema de cara y manos, salida de líquido transvaginal y disminución de movimientos fetales. Por consiguiente, no era posible determinar el estado clínico integral de V2 y del producto de la gestación. Lo anterior contribuyó a pasar inadvertidas alteraciones de la vitalidad del producto, aumentando el riesgo de muerte fetal intrauterina.

El 25 de noviembre de 2017, a las 13:10 horas, V2 fue valorada por un médico cuyo nombre se desconoce por no obrar en la nota correspondiente y se describió que V2 refería la presencia de dolor en región abdominal baja que se irradiaba hacia la espalda. Se reportaron signos vitales dentro de parámetros normales y en la exploración física se encontró “con abdomen globoso por útero gestante, presentación cefálica y dorso izquierdo, sin frecuencia cardíaca fetal”.

El citado hallazgo fue corroborado por medio de estudio ultrasonográfico, estableciendo la impresión diagnóstica de óbito y se solicitó valoración por el Servicio de Ginecología y Obstetricia. De acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, es posible determinar que la muerte fetal intrauterina ocurrió antes de la primera valoración realizada a V2 a las 13:10 horas, del 25 de noviembre de 2017, en el Hospital General de Altamira, situación que pudo ser prevenida de haberse realizado una adecuada valoración en el Centro de Salud de Villa Manuel, considerando además que no es posible determinar el motivo del deceso fetal, debido a la falta de una valoración integral, omisión que contribuyó a pasar inadvertidas alteraciones de vitalidad fetal.

A las 13:20 horas del 25 de noviembre de 2017, se realizó la valoración de V2 por personal médico del servicio de Ginecología y Obstetricia, sin que sea posible determinar el nombre del personal por la ausencia de ese dato en la nota respectiva, y se determinó realizar inducción del trabajo de parto, solicitando interconsulta por el Servicio de Medicina Interna.

Al respecto, la *Guía de Práctica Clínica de Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención*, describe que si se considera inducir el trabajo de parto, deben documentarse los siguientes datos: indicación de la inducción, si existe alguna contraindicación, edad gestacional, cérvix favorable, presentación fetal, desproporción cefalopélvica,⁶ bienestar fetal y estado de las membranas.

En el presente caso, ante el diagnóstico de muerte fetal intrauterina, la inducción del trabajo de parto era una opción terapéutica para culminar el embarazo de V2, sin embargo, el personal médico que indicó la misma no documentó si el cérvix era favorable o desfavorable (Escala de Bishop), ni descartó la desproporción cefalopélvica antes de iniciar la inducción del trabajo de parto de V2. Con relación a lo anterior, la Guía antes citada, recomienda que se deben considerar las condiciones cervicales para la inducción del trabajo de parto, evaluadas por la calificación de Bishop, la cual lo clasifica en cérvix inmaduro (Bishop menor o igual a 6) y cérvix maduro (Bishop mayor de 6).

En el caso particular, el personal médico tratante solo describió las siguientes características del cérvix: *cerrado, formado y posterior*, sin establecer el borramiento y la altura de la presentación cefálica fetal. Al evaluar las particularidades cervicales (cerrado, formado y posterior), en la calificación de Bishop, se ubicaban en la puntuación 0 (cero), por tanto, conforme a la opinión del médico de esta Comisión Nacional, se puede determinar que el cérvix de V2 cursaba con escala de Bishop menor de 6; es decir, era un cérvix inmaduro en ese momen-

⁶ Situación que se puede dar en el parto cuando no existe una correlación adecuada entre los diámetros de la pelvis y los diámetros de la cabeza fetal. *Diccionario de Medicina*, Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Ed. Espasa Calpe, p. 342.

to, lo que implicaba una alta probabilidad de que la inducción del trabajo de parto realizada posteriormente no fuera exitosa.

El médico de este Organismo Nacional también puntualizó que la desproporción cefalopélvica hace referencia a una disparidad entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis materna, lo que impide el parto por vía vaginal. En ese sentido, el personal médico tratante del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Altamira, no realizó la valoración adecuada del cérvix, ni descartó la desproporción cefalopélvica, antes de indicar la inducción del trabajo de parto, lo que aumentó el riesgo de presentar un parto disfuncional. Lo anterior contribuyó directamente con el resultado fallido de la inducción del trabajo de parto y las complicaciones inherentes que presentó V2, como fue el desprendimiento prematuro de placenta y ruptura uterina, condiciones que aumentaron el riesgo de morbilidad y mortalidad materna.

El 25 de noviembre de 2017, a las 13:20 horas, el personal médico tratante indicó administrar cinco unidades de *oxitocina* para iniciar la inducción del trabajo de parto, la cual se aplicó a las 13:40 horas de esa misma fecha.

Ahora bien, con relación a la maduración del cérvix, la *Guía de Práctica Clínica de Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención*, dispone que si el cérvix es desfavorable según la escala de Bishop (<6), la maduración cervical debe considerarse antes de inducir el trabajo de parto. Ello con el propósito de disminuir la tasa de inducción fallida y el tiempo de parto.

En el caso de V2, existía cérvix desfavorable, por lo que requería de la maduración del mismo antes de iniciar la inducción del trabajo de parto a base de *oxitocina*, lo cual hubiera reducido la tasa de inducción fallida. En ese sentido, el personal médico tratante no indicó algún método de maduración cervical antes de iniciar la administración de *oxitocina*, lo que a decir de la Opinión Médica de este Organismo Nacional, coadyuvó con el resultado fallido de la inducción del trabajo de parto y las complicaciones inherentes que presentó V2 como fue el desprendimiento prematuro de placenta y ruptura uterina, las cuales, como se ha mencionado, aumentaron el riesgo de morbilidad y mortalidad materna.

Además, sobre el uso de *oxitocina* para la inducción del trabajo de parto de V2, la *Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y tratamiento de la muerte fetal con feto único*, establece que la *oxitocina* puede ser usada en pacientes con antecedentes de cesárea previa, bajo la indicación y vigilancia de profesional especializado, como puede ser un médico obstetra. La *Guía de Práctica Clínica de Inducción del Trabajo de Parto en el Segundo Nivel de Atención* describe que la inducción del trabajo de parto requiere monitoreo cercano de la actividad uterina. Se recomienda vigilancia una a una, es decir, una persona de salud por cada mujer en inducción del trabajo de parto.

Asimismo, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, establece que el partograma es la herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe llenar en forma rutinaria y debe analizarse detalladamente en todas las gestantes con la finalidad de evitar distocias y cesáreas de urgencia que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad. De igual forma, refiere que el registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación se debe realizar mediante tacto vaginal —por lo menos— cada hora para identificar oportunamente eutocias o distocias. La mujer debe ser informada antes y después de la exploración.

La *Guía de Práctica Clínica de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo* recomienda que a toda mujer que ingrese para atención obstétrica, se le deberá elaborar, en su caso, el expediente médico, la historia clínica y el partograma, incluyendo frecuencia de contractilidad uterina (frecuencia, duración e intensidad, cada 30 minutos).

Con base en lo anterior, de acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se determinó que en el caso de V2: a) no se elaboró el partograma; con lo que se acredita que el personal médico tratante que indicó la inducción del trabajo de parto con el citado medicamento no realizó una adecuada vigilancia y monitoreo de la actividad uterina a pesar del antecedente de dos cesáreas previas de V2, ocurridas en 2006 y 2008, y la relación que existe entre la *oxitocina* y la aparición de más de cinco contracciones uterinas en un periodo de 10 minutos, la cual, puede dar lugar a desprendimiento prematuro de placenta y/o ruptura uterina; b) se pasó inadvertido el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y la ruptura uterina que presentó V2, provocando que no se otorgara el tratamiento adecuado y oportuno en el Hospital General de Altamira, situación que aumentó el riesgo de mortalidad materna, y c) la inadecuada vigilancia durante la inducción del trabajo de parto con *oxitocina*, fue la causa directa de la histerectomía total abdominal que se le practicó a V2 en el Hospital Civil de Madero para salvaguardar su vida.

En la misma fecha, a las 17:30 horas, AR3 reportó signos vitales dentro de parámetros normales.⁷ Describió que V2 se encontraba semiconsciente, con buen estado general. De igual forma, reportó en relación con los resultados de laboratorio realizados a V2, que cursaba con anemia, disminución del recuento plaquetario, hiperglucemia, datos compatibles con proceso infeccioso urinario, así como leucocitosis⁸ y neutrofilia.⁹ Respecto a la leucocitosis, AR3 estableció que probablemente era secundaria a foco séptico por óbito y al examen general de orina patológico, indicando que en ese momento cursaba sin datos de respuesta inflamatoria sistémica.¹⁰

El 25 de noviembre de 2017, SP5 y SP6 reportaron que a las 17:30 horas se aplicó a V2 una tableta de *miso-prostol*, sin embargo, del análisis de las indicaciones médicas correspondientes al citado día, no existe registro de que se hubiere ordenado tal aplicación. Cabe retomar que desde las 13:10 horas, del 25 de noviembre citado, V2 presentaba un cérvix desfavorable, por lo que se requería de maduración cervical para que pudiera expulsar el óbito y dentro de los maduradores cervicales se encuentra el denominado *misoprostol*, medicamento que debió administrarse antes de aplicar la *oxitocina*, esta última se administró a las 13:20 horas de ese día.

Al respecto, la *Guía de Práctica Clínica de Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención*, establece que como dosis inicial para la maduración cervical y la inducción del parto, debe considerarse un cuarto de tableta (es decir, aproximadamente 25 mcg) de *misoprostol*, a su vez las dosis más altas (50 mcg) se asocian con un mayor riesgo de complicaciones, incluyendo taquisistolia,¹¹ para mujeres en quienes existe muerte fetal intrauterina y que han tenido cesárea previa, como es el caso de V2, el riesgo de ruptura uterina aumenta. En consecuencia, la dosis de prostaglandinas debe ser menor, particularmente en el tercer trimestre del embarazo. La citada *Guía de Práctica Clínica*, recomienda que el uso de *misoprostol* en mujeres con cesárea anterior o cirugía uterina importante, se ha asociado con un aumento de la ruptura del útero y, por tanto, debe evitarse en el tercer trimestre. Los beneficios de la inducción del parto deben ser sopesados contra los posibles riesgos maternos y fetales asociados con este procedimiento.

En la Opinión Médica de este Organismo Nacional se confirmó que las concentraciones de las tabletas de *miso-prostol* pueden ser de 100 y 200 mcg; por tanto al encontrar una tableta completa del citado medicamento en la cavidad vaginal de V2, se puede determinar que se aplicaron más de 25 mcg establecidos en la señalada *Guía*

⁷ Tensión arterial de 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 19 respiraciones por minuto y temperatura de 36.5 grados centígrados.

⁸ Aumento del número de leucocitos en la sangre periférica por encima de 9.000/ μ l. *Diccionario de Medicina*, Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Edit. Espasa Calpe, p. 736.

⁹ Aumento en el número absoluto de neutrófilos circulantes por encima de dos derivaciones estándar del valor medio en individuos normales, que corresponde a cifras superiores a 7.500/ mm^3 . Fuente: El médico en formación acreditada *on-line*, mayo, 2006-marzo, 2007. Disponible en http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2006/temas/tema6/adb3.php

¹⁰ Alteraciones de la temperatura corporal, taquicardia, alteraciones del ritmo respiratorio y leucocitosis.

¹¹ Más de cinco contracciones uterinas en un periodo de 10 minutos.

de *Práctica Clínica*, a pesar del antecedente de dos cesáreas previas de V2, lo cual aumentó el riesgo de taquístolia y, como consecuencia, la ruptura uterina que sufrió V2. Ello confirma que el personal médico que indicó aplicar una tableta de *misoprostol* vía vaginal a V2, no valoró el riesgo-beneficio de dicha prescripción. Por lo tanto, la dosis elevada de *misoprostol* administrada a V2, el 25 de noviembre de 2017 a las 17:30 horas, contribuyó directamente con la ruptura uterina que desarrolló V2 y que conllevó a la subsecuente histerectomía total abdominal que se le practicó.

De las constancias del expediente clínico de V2 integrado en el Hospital General de Altamira, se observó que la última valoración médica se realizó a las 17:30 horas del 25 de noviembre señalado, en la cual se reportó lo antes descrito. Únicamente, del reporte de enfermería de ese día, se confirmó que se transfundió un plasma fresco congelado a las 20:00 horas, el cual fue indicado desde las 17:30 horas de ese día por el personal médico tratante. Por consiguiente, se desconoce la evolución terapéutica indicada, así como la presencia de complicaciones desde las 17:30 horas del día mencionado hasta la llegada de V2 al Hospital Civil de Madero a las 21:45 horas de esa fecha.

No obstante, se constató por la hoja de referencia al Hospital Civil de Madero, que el 25 de noviembre de 2017, a su egreso del Hospital General de Altamira, V2 se encontraba sin trabajo de parto, óbito fetal y probable choque séptico, por lo que se solicitó su envío a un hospital de apoyo, referenciándola al Hospital Civil de Madero.

Resulta importante enfatizar que a la llegada de V2 al Hospital Civil de Madero, el personal médico de dicho nosocomio reportó que cursaba con hipertensión arterial (158/108 mmHg) y proteinuria.¹² Al respecto, de acuerdo con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, es posible inferir que durante la estancia de V2 en el Hospital General de Altamira, AR3 pasó inadvertido que los factores antes precisados eran indicativos de un cuadro de preeclampsia en V2.

Ante la falta de constancias médicas en el expediente clínico de V2 elaborado en el Hospital General de Altamira, no es posible determinar si se realizó una adecuada y oportuna integración diagnóstica, es decir, cuantificación en orina de ocho a 12 horas como alternativa de la cuantificación de proteínas en orina de 24 horas, del cuadro hipertensivo, así como si se otorgó algún tipo de tratamiento relacionado al proceso patológico de V2.

Atención médica proporcionada a V2 en el Hospital Civil de Madero

El 25 de noviembre de 2017, V2 fue trasladada al Hospital Civil de Madero donde arribó a las 21:45 horas con el diagnóstico de embarazo de 35-36 semanas de gestación, óbito fetal y preeclampsia con datos de severidad, cesárea iterativa, pielonefritis¹³ y probable desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y fue valorada por SP7, quien indicó su hospitalización, seguimiento estrecho de su estado y solicitó interconsulta por los servicios de Terapia Intensiva y Cirugía General para manejo en conjunto. A las 22:10 horas, V2 ingresó a la Unidad de Toco-Cirugía con datos de hipertensión arterial, por lo que se prescribió medicamento al efecto.

También, presentaba datos sugestivos de patología o alteración renal y signos de abdomen agudo, así como datos clínicos y bioquímicos compatibles con procesos infecciosos en diferentes niveles tales como tracto vaginal, urinario y abdominal. Además, se determinó que el esquema de maduración cervical otorgado en el Hospital General de Altamira había sido fallido y se decidió la interrupción del embarazo de urgencia por cesárea.

¹² Presencia de proteínas en la orina, *Diccionario de Medicina*, Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Edit, España Calpe, p. 1006.

¹³ La infección urinaria se define como la presencia de gérmenes en la orina. Habitualmente son bacterias (bacteriana) y excepcionalmente hongos (micótica) o virus (vírica). Infección que afecta riñón y pelvis renal, *Diccionario Médico*, Clínica de la Universidad de Navarra.

La resolución por vía cesárea se inició por SP7 a las 23:40 horas, del 25 de noviembre de 2017, extrayendo al producto de la gestación sin vida. Durante el procedimiento se encontró la placenta desprendida al 100 % y el útero completamente infiltrado. Atendiendo a lo anterior, se confirmó que V2 cursaba con un cuadro de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera grave, útero de *Couvellaire*¹⁴ y probable ruptura uterina, por lo que SP7 decidió realizar histerectomía obstétrica total¹⁵ con salpingooforectomía bilateral.¹⁶

SP7 reportó los siguientes datos del producto de la gestación: “sexo femenino, peso de 2,200 gramos, talla de 47 semanas de gestación, mascarado¹⁷ y esfacelado¹⁸”. En consideración de la Opinión Médica de este Organismo Nacional, la maceración y el esfacelado son datos compatibles con el proceso de muerte fetal intrauterina que presentó el producto de la gestación.

Además, SP7 describió que el producto de la gestación presentaba circulación de cordón apretado a cuello. Al respecto, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional puntualizó que si la circular está muy ajustada y persiste durante un largo periodo de tiempo, puede acompañarse de compresión de los vasos del cordón umbilical, lo que ocasionaría, sobre todo durante el trabajo de parto, dificultad en los intercambios de gases materno-fetales, de lo que es posible determinar que la circular de cordón apretada a cuello, fue la causa directa de la muerte fetal intrauterina del producto de la gestación de V2.

V2 continuó en recuperación médica en el Hospital Civil de Madero. Durante su estancia presentó hemorragia obstétrica derivada del desprendimiento prematuro de placenta y diversas complicaciones consistentes en “útero de *Couvellaire*”,¹⁹ puerperio fisiológico tardío y probable síndrome de *Sheehan*,²⁰ que fueron adecuadamente atendidas, por lo que el 15 de diciembre de 2017 se determinó su mejoría, puntualizando que el pronóstico era bueno para la vida.

En conclusión, el personal médico del Hospital General de Altamira, que valoró a V2 el día 25 de noviembre de 2017, no realizó una adecuada vigilancia de la inducción del trabajo de parto, así como de sus riesgos inherentes. Lo anterior condicionó las complicaciones y el deterioro clínico que presentó la paciente y que fue motivo de su traslado al Hospital Civil Madero donde cursó con diagnósticos: “desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, útero de *Couvellaire*, probable ruptura uterina, histerectomía obstétrica total, salpingooforectomía bilateral, anemia aguda, sepsis, hipoglucemia, desequilibrio electrolítico caracterizado por hipokalemia, hipocloremia e hiponatremia, encefalopatía metabólica por hiponatremia severa, alteraciones del equilibrio ácido-base, así como pansupresión de los niveles hormonales sugestivos de hipopituitarismo y probable síndrome de *Sheehan*”;

¹⁴ Estado de infiltración hemática del miometrio uterino debido a la formación de un hematoma retroplacentario masivo que no encuentra salida hacia la cavidad vaginal por vía cervical. Serrano BM., Serrano B. y Centeno D. *Útero de Couvellaire en el puerperio. Reporte de un caso clínico*. Ginecol Obstet Mex., 2014; 82:496-498.

¹⁵ Extracción del útero y el cérvix, por vía abdominal o laparoscópica. *Guía de Práctica Clínica de Indicaciones y contraindicaciones de la histerectomía en mujeres con patología benigna en el segundo nivel de atención*. México, Secretaría de Salud, 2016.

¹⁶ Operación quirúrgica mediante la que se extirpan ambos ovarios y trompas de Falopio, Diccionario de Cáncer, Instituto Nacional del Cáncer. Disponible en <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/salpingooforectomia-bilateral>. Revisado el 31 de octubre de 2018.

¹⁷ Reblandecimiento de los tejidos debido a un contacto prolongado con ciertos líquidos, *Diccionario de Medicina*, Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Editorial Espasa Siglo XXI, 2001, p. 1274.

¹⁸ Restos inflamatorios y necróticos de tejidos, *Diccionario de Medicina*, Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Editorial Espasa Siglo XXI, 2001, p. 1274.

¹⁹ Proceso hemorrágico derivado de desprendimiento prematuro de placenta.

²⁰ Necrosis de la glándula de la hipófisis. Se genera como consecuencia de una hemorragia obstétrica, que va acompañada de un colapso circulatorio intenso y conlleva la aparición de hipopituitarismo en el postparto, Casas CC, Mancera C., Muro G., Prieto D. y Campos M., *Síndrome de Sheehan. Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura*. Archivos de Medicina de Urgencia de México, 2013, 5(1):38-41.

manteniendo a V2 en riesgo constante de morbilidad y mortalidad materna durante su estancia hospitalaria en ambos nosocomios es decir, del 25 de noviembre al 15 de diciembre de 2017.

Incumplimiento de las obligaciones de disponibilidad y calidad en los servicios de salud por el Hospital General de Altamira en el caso de V2

En el presente caso, esta Comisión Nacional advierte que existió Responsabilidad institucional por falta de cumplimiento con la obligación de disponibilidad y calidad de elementos esenciales en los servicios de salud al existir obstáculos para el disfrute del derecho a la protección de la salud, porque el Hospital General de Altamira no contaba con elementos esenciales para su eficaz desempeño.

En este sentido, dentro de las evidencias recabadas por esta Comisión Nacional, se advierte una nota informativa del Servicio de Ginecología en la que AR2 asentó “[p]or la tarde se refiere a Hospital Civil de Cd. Madero con número de referencia 125078 como urgencia con diagnóstico de embarazo 35-36 SDG mas óbito fetal, probable shock séptico, anemia. Lo anterior por no contar con Médico Internista, en caso de requerir cuidados intensivos” (*sic*).

Esto se corrobora con una nota de ginecología elaborada a las 22:00 horas del 25 de noviembre de 2017, por personal del Hospital Civil de Madero en la que se asentó “[...] fue valorada por Dr ginecólogo de guardia de esa unidad no explicándose porque no se realizó parto abdominal brevedad y utilizar prostaglandinas para inducción parto por óbito teniendo como ant y factor riesgo importante cesárea iterativa” (*sic*).

Las circunstancias anteriormente precisadas, acreditan la falta de disponibilidad y calidad por parte del Hospital General de Altamira al no contar con personal médico especializado para atender la emergencia que V2 presentaba, lo que puso en riesgo su vida, además de que se incumplió con el artículo 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, donde se establece que los servicios de urgencia de cualquier hospital deberán contar con los recursos suficientes e idóneos de acuerdo a las Normas Técnicas que emita la Secretaría de Salud.

Dicha carencia, como se ha constatado en el presente documento, incidió de manera directa en que el estado clínico de V2 se deteriorara, ya que fue hasta las 21:45 horas del 25 de noviembre de 2017 cuando V2 arribó al Hospital Civil de Madero, ello directamente derivado de la falta de infraestructura y personal médico especializado para un oportuno tratamiento de V2 en el Hospital General de Altamira, el cual, al tratarse de un nosocomio de segundo nivel, debía contar con personal especializado para la atención integral de los pacientes.

A.3 Inadecuada integración de los expedientes clínicos de V1 y V2

Caso de V1

Como parte de las constancias recibidas respecto de la atención médica de V1, y de la información aportada por la Secretaría de Salud, este Organismo Nacional tuvo conocimiento de que, el 24 de noviembre de 2017, se le otorgó atención en el Hospital General de Tampico, sin embargo, la citada autoridad no aportó constancias médicas en que consten las valoraciones y registros cardiotocográficos practicados a V1.

Únicamente se elaboró una nota de Valoración de Tococirugía de 25 de mayo de 2018, sobre la referida atención en la que se asentó que no contaba con expediente clínico integrado en el citado nosocomio, circunstancia que impide a este Organismo Protector de los Derechos Humanos conocer de manera completa, cronológica e integral, la realidad de los hechos que derivaron en la pérdida del producto de la gestación y en la emergencia obstétrica que presentó posteriormente.

Además, en las notas que a continuación se enlistan, el nombre del médico que suscribe es ilegible o no se asentó, aunado al hecho de que no se estableció el número de cédula profesional, por lo que se incumplió con los apartados 5.10 y 5.11 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*, que establecen que las notas en el expediente deberán contener nombre del médico tratante y hora de elaboración, así como expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

Caso de V2

En relación al caso de V2, como se ha analizado, fue sometida a inducción del trabajo de parto con *oxitocina*, respecto a lo cual, se encontró una Carta de Consentimiento Informado de 25 de noviembre de 2017. Sin embargo, tal documento no reúne los requisitos establecidos en los numerales 10.1.1.5, 10.1.1.6, 10.1.1.8, 10.1.1.9 y 10.1.1.10, de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*.

Lo anterior, toda vez que en el citado documento no se estableció el acto autorizado, los riesgos y beneficios esperados del mismo, el nombre completo y firma de familiar más cercano, tutor o representante legal, el nombre completo y firma del personal médico que proporcionó la información y recabó el consentimiento, así como los nombres completos y firmas de dos testigos. Situación que en el presente caso fue omitida, con lo que se acredita que previamente no recibió información completa sobre el procedimiento a realizar, lo que vulneró su derecho a la protección de la salud, en relación con el derecho de acceso a la información.

Asimismo, de las constancias del expediente clínico de V2 integrado en el Hospital General de Altamira, se observó que la última valoración médica se realizó a las 17:30 horas del 25 de noviembre de 2017 y del reporte de enfermería del mismo día, se confirmó que se transfundió un plasma fresco congelado a las 20:00 horas, sin que obre constancia adicional alguna en el expediente sobre el seguimiento médico de V2.

Por consiguiente, se desconoce la evolución terapéutica indicada, así como la presencia de complicaciones desde las 17:30 horas del día mencionado hasta la llegada de V2 al Hospital Civil de Madero. Lo descrito, incumplió los apartados 5.1 y 5.8 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*, ya que solo se cuenta con la hoja de referencia al Hospital Civil de Madero, en la que se hizo constar que V2 se encontraba sin trabajo de parto, con óbito fetal y probable choque séptico.

Ante la falta de constancias médicas en el expediente clínico de V2 elaborado en el Hospital General de Altamira, no es posible determinar si se realizó una adecuada y oportuna integración diagnóstica, es decir, cuantificación en orina de ocho a 12 horas como alternativa de la cuantificación de proteínas en orina de 24 horas, del cuadro hipertensivo, o si se otorgó algún tipo de tratamiento relacionado al proceso patológico de V2. Lo anterior, impide a este Organismo Nacional conocer la verdad histórica de los hechos que motivaron la emergencia obstétrica que presentó V2 y la identidad de algunas de las personas servidoras públicas que intervinieron en su atención médica.

Por otra parte, este Organismo Nacional observó el incumplimiento de los apartados 5.10 y 5.11 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*, que establecen que las notas en el expediente deberán contener nombre del médico tratante y hora de elaboración, así como expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

Cabe mencionar que estas omisiones impiden conocer la identidad del personal tratante en algunas etapas de la atención de V1 y V2, así como las circunstancias de tiempo en una parte de su seguimiento médico, vulnerando con ello el derecho a la protección de la salud, en relación con el acceso a la información detallada de su tratamiento.

B. Derecho a la libertad y autonomía reproductiva de V1 y V2

El derecho a la libertad y autonomía reproductiva de V1 y V2 se vio afectado, toda vez que el Estado no les garantizó una atención médica de calidad durante el trabajo de parto, por tanto, tal circunstancia repercutió directamente en su salud reproductiva y en su derecho a decidir el número de hijos y espaciamiento.

En el presente caso, esta Comisión Nacional observó que la atención médica que se brindó a V1 y V2 fue inadecuada, como se analizó en el apartado correspondiente, toda vez que la actuación del personal médico incidió en la vulneración del derecho a decidir el número de hijos, pues de las constancias que integran el expediente se advierte que durante la inducción del trabajo de parto de V1 y V2, debido a la inadecuada atención médica que recibieron, influyó en la gravedad del estado de salud que tuvo como consecuencia la pérdida de la matriz para ambas, siendo de mayor impacto para V1 por tratarse de una mujer menor de edad y nulípara, lo que evidencia la vulneración al derecho a la libertad y autonomía reproductiva de V1 y V2, pues repercutió directamente en su derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos.

Por tanto, como ha quedado descrito, de conformidad con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se acredita que no se realizó una adecuada valoración y vigilancia del embarazo de alto riesgo de V1, por lo que pasaron inadvertidas las complicaciones obstétricas en que se encontraba, lo que trajo como consecuencia que se le retirara la matriz; y en el caso de V2, la inadecuada vigilancia durante la inducción del trabajo de parto con *oxitocina*, así como, la dosis elevada de *misoprostol* administrada por personal médico del Hospital de Altamira repercutió directamente en la ruptura uterina que desarrolló y que conllevó a la subsecuente histerectomía total abdominal que se le practicó en el Hospital Civil de Madero, trasgrediendo con ello lo previsto en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 16, inciso e), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

C. Principio del interés superior de la niñez de V1

En el presente caso, este Organismo Nacional considera necesario enfatizar la condición de V1, quien al ser mujer adolescente y embarazada, vio potenciadas las violaciones a sus derechos humanos, circunstancias que la colocaron en una situación de máxima vulnerabilidad. Asimismo, observa con interés que el presente asunto guarda estrecha relación con el bienestar de niñas, niños y adolescentes, especialmente con los temas relacionados a la atención de su salud. Por ello, se considera relevante recordar el principio de interés superior de la niñez y la garantía de protección de su derecho.

En atención a ello, el interés superior de la niñez debe ser interpretado de modo que se visualicen sus tres facetas, es decir, como un derecho sustantivo, un principio jurídico interpretativo fundamental y como norma de procedimiento,²¹ en todos aquellos temas que interesen a la situación de la niñez.

En el presente caso, V1, quien era adolescente de 15 años cuando se suscitaron los hechos, no recibió las medidas de protección necesarias por parte de las personas servidoras públicas que participaron en su atención médica, ya que como se ha constatado, su embarazo se consideró de alto riesgo debido a su edad, circunstancia que la colocó en un estado de vulnerabilidad y que derivó en las violaciones a derechos humanos ya citadas, sin que se establecieran las acciones reforzadas que requería.

²¹ Comité de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas, *Observación General 14 Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial* (artículo 3, párrafo 1), 2013, p. 6; Tesis Constitucional Derechos de las niñas, niños y adolescentes, *El Interés Superior del menor se erige como la consideración primordial que debe atenderse en cualquier decisión que les afecte*, Semanario Judicial de la Federación, 6 de enero de 2017, y CNDH, *El interés superior de niñas, niños y adolescentes, una consideración primordial*, 2017.

D. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica de V2

En el caso de V2, se constató que, con posterioridad al inicio de la inducción de trabajo de parto, el 25 de noviembre de 2017, se le aplicó de manera injustificada una dosis excesiva de *misoprostol*, configurándose una práctica de medicalización que no se encontraba sustentada medicamente y que fue constitutiva de violencia obstétrica en su agravio.

Este Organismo Constitucional recuerda que en algunos casos la violencia obstétrica es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre el personal médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud. Se observa con preocupación que en ocasiones la violencia obstétrica ha sido naturalizada por personal médico, y la sociedad en su conjunto. La normalización de estas prácticas en las instituciones de salud redundaría en violaciones a los derechos humanos de las mujeres.²²

Por ello, este Organismo Constitucional concluye que AR1, AR2 y AR3 son responsables por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V2, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b) y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”.

E. Responsabilidad

Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2 y AR3, así como las personas servidoras públicas cuya identidad se desconoce (ya que algunas de las notas médicas carecen de nombre y firma), incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las conductas y omisiones ya descritas en la presente Recomendación, mismas que configuraron violaciones a los derechos a la protección de la salud de V1 y V2, así como a la libertad y autonomía reproductiva de V1 y V2, al interés superior de la niñez de V1 y a una vida libre de violencia obstétrica de V2. Consecuentemente, este Organismo Constitucional Autónomo considera que existen evidencias suficientes para concluir que incurrieron en las siguientes conductas susceptibles de ser investigadas en términos del artículo 7 de la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de Tamaulipas.

F. Responsabilidad Institucional

Esta Comisión Nacional determina la Responsabilidad Institucional por parte de la Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas, en tanto, la falta de personal médico especializado en el Hospital General de Altamira, en específico, la falta de médico internista para la atención de V2, derivó en que fuera trasladada al Hospital Civil de Madero, dilató su atención médica y generó el incumplimiento del deber de atención médica disponible y de garantía integral de los servicios de salud, lo que transgrede lo dispuesto por el artículo 48 y 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como 15 de la Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas.

A su vez, se observó que en el caso de V1, el seguimiento de su control prenatal, en fechas 29 de septiembre y 13 de noviembre, ambas de 2017, fue valorada en el Centro de Salud de Villa Cuauhtémoc por MPSS, y se corroboró que las notas elaboradas por la citada pasante, no fueron validadas por médico adscrito, situación que presume que en esas fechas, no se encontraba presente un profesional facultado para otorgar la atención médica especializada a V1, lo que derivó en un deficiente control prenatal por parte de una persona en formación.

²² CNDH, Recomendaciones 56/2017 de 10 de noviembre de 2017, p. 95; 48/2017, p. 61, y 79/2017, p. 95; y Recomendación General 31/2017, pp. 12 y 139.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos formula al Gobernador Constitucional del Estado de Tamaulipas, las siguientes:

RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se repare integralmente el daño ocasionado a V1, V2 y V3, conforme a la Ley de Atención a Víctimas para el Estado de Tamaulipas, mismas que deberán incluir el pago de la indemnización, así como los parámetros señalados en la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento en un plazo de seis meses.

SEGUNDA. En colaboración con la Comisión Estatal de Atención a Víctimas en Tamaulipas, se inscriba a V1, V2 y V3 en el Registro Estatal de Víctimas cuyo funcionamiento corre a cargo de ésta, a fin de que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida Ley y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se deberá proporcionar a V1 y V2 la atención médica especializada que requieran, y en su caso, incluir la provisión de medicamentos gratuitos, ésta deberá incluir cualquier tratamiento, rehabilitación, atención paliativa o cualquier tipo de atención médica y/o interdisciplinaria que sea necesaria para que puedan alcanzar el disfrute del nivel de salud más alto posible como consecuencia de los daños sufridos, y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se deberá proporcionar la atención médica y psicológica que requiera V1, V2 y V3, por personal profesional especializado y de forma continua hasta que alcancen su total sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad, sus necesidades, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas; y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Se colabore ampliamente en la investigación que actualmente se conduce bajo la Carpeta de Investigación a cargo de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Tamaulipas, así como para la integración de la denuncia que presente esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y de acuerdo con las especificaciones realizadas, la autoridad deberá colaborar ampliamente en los requerimientos realizados por la instancia que conozca de dicha investigación.

SEXTA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud del estado de Tamaulipas, en contra de AR1, AR2 y AR3 y demás personas servidoras públicas que sean identificadas por las violaciones a los derechos humanos descritas, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se incorpore copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales y personales de AR1, AR2 y AR3, para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

OCTAVA. En un plazo de seis meses, a partir de la notificación de la presente notificación, se diseñen e impartan a todo el personal médico que realice atención a mujeres embarazadas de las instituciones de atención médica involucradas en los presentes hechos, los siguientes cursos de capacitación: a) Derecho a la protección de la salud materno infantil, con especial énfasis en los temas de interés superior de la niñez; b) Conocimiento, manejo y observancia de las normas en materia de salud referidas en la presente Recomendación; c) Sobre el derecho a una vida libre de violencia obstétrica, y d) Adecuada integración del expediente clínico, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. En un plazo de seis meses, a partir de la notificación de la presente notificación, se deberán tomar todas las medidas de carácter legal, administrativo, financiero o de otra índole, para que el Hospital General de Altamira y el Centro de Salud Villa Cuauhtémoc, cuenten con la infraestructura y personal médico especializado, para brindar atención integral y con calidad en atención a los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde; y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

DÉCIMA. Designar a la persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

TIEMPO DE TRAMITACIÓN EN LA CNDH:
339 días.

ESTADO:
Aceptada el 16 de noviembre de 2018.

Sobre el caso de violaciones al derecho a la protección de la salud en agravio de V1 y V2, e interés superior de la niñez y violencia obstétrica, en el Hospital General de Zona Núm. 12 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Lázaro Cárdenas, Michoacán de Ocampo

Ciudad de México, a 12 de noviembre de 2018

AUTORIDAD RESPONSABLE: Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

PROCEDIMIENTO: Expediente de Queja

SÍNTESIS DE HECHOS

El 15 de enero de 2018, se recibió por razón de competencia en este Organismo Nacional, un correo electrónico a través del cual se adjuntó el acta de comparecencia de V1 ante la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Michoacán (Comisión Estatal), en la que denunció presuntas violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio y de V2.

V1, mujer de 21 años de edad, quien cursaba un embarazo de 39 semanas de gestación, señaló que se presentó en la madrugada en el Área de Urgencias del Hospital General de Zona Núm. 12 del IMSS en Lázaro Cárdenas, Michoacán (en adelante Hospital General), pero que el personal médico le indicó que tenía tres centímetros de dilatación y que debía regresar a las 9:00, por lo que a esa hora se presentó nuevamente.

En la valoración, el médico de guardia le dijo que tenía un centímetro de dilatación, pero toda vez que se le rompió la fuente, fue ingresada al área de tococirugía. Durante ese día y el domingo 7 de enero de 2018, V1 fue monitoreada; describió que se le aplicó un medicamento para “provocarle los dolores de parto” y que en diversas ocasiones pidió que le realizaran una cesárea, pero no se atendió su solicitud.

V1 agregó que el domingo por la noche le practicaron una cesárea y V2 fue trasladado a incubadoras; el lunes 8 de enero de 2018 pudo ver a V2 y lo alimentó normalmente; en esa ocasión, el pediatra le dijo que V2 estaba en observación y que no había tenido ninguna complicación. El martes 9 de enero de 2018, el pediatra comunicó a V1 que su hijo tenía las “bilis altas” y que no podría darle pecho, solo podría verlo en la incubadora; V1 agregó que por la mañana del 11 de enero de 2018, el pediatra de turno le dijo a V3 que V2 se encontraba bien, pero por la tarde, otro pediatra le informó que “se le había subido el azúcar y después se le había bajado” y que tenía una infección por el tiempo que estuvo dentro del vientre después de que se le reventó la fuente.

El 12 de enero de 2018, un médico indicó a V1 que V2 estaba bien, pero la pediatra le dijo que “el ginecólogo no le practicó la cesárea de forma inmediata, aun cuando se le había reventado la fuente” y por ello V2 se encontraba enfermo. Por lo que ese mismo día, V1 acudió ante la Comisión Estatal a presentar su queja debido a que

consideró que hubo negligencia médica por parte de los ginecólogos que no le practicaron la cesárea de manera oportuna. Mediante entrevista realizada el 30 de enero de 2018 por un visitador adjunto de esta Comisión Nacional a V1, informó que V2 fue dado de alta el 18 de este mes y año, después que se le proporcionó atención médica en el Hospital General.

OBSERVACIONES

En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente CNDH/4/2018/690/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes, que acreditan la vulneración a los derechos humanos de V1 y V2, por lo que a continuación, se realizará el siguiente análisis: A. Derecho a la protección de la salud materna; A.1. Control prenatal de V1; A.2. Inadecuada atención médica a V1 por personal del Hospital General; A.3. Inadecuada atención médica a V2 por personal del Hospital General; B. Interés superior de la niñez; C. Inadecuada integración de los expedientes clínicos de V1 y V2; D. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica; E. Responsabilidad; F. Responsabilidad Institucional, y G. Reparación integral del daño.

A. Derecho a la protección de la salud materna

Este Organismo Autónomo considera que la prestación del servicio médico que se brinde a las mujeres embarazadas en cada una de las etapas de la gestación, debe ser otorgado con los más amplios estándares de calidad y calidez, a fin de prevenir, atender y solventar aquellos factores que pudieran representar un riesgo al bienestar del binomio materno-fetal, pues de no ser tratados oportunamente pueden causar repercusiones en su estado de salud, integridad e incluso pueden desencadenar en la pérdida de la vida.

A.1 Control prenatal de V1 en el Hospital General

De las constancias que integran el expediente de queja, este Organismo Nacional constató que V1 llevó su control prenatal en el Hospital General, en el que se le realizaron quince valoraciones entre el 13 de junio de 2017 y el 4 de enero de 2018. De acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, la vigilancia y los tratamientos clínicos que se le otorgaron a V1 durante el control prenatal de V1, fueron adecuados.

A.2 Inadecuada atención médica de V1 en el Hospital General

El 6 de enero de 2018, a las 09:00, V1 acudió al Área de Urgencias del Hospital General en donde fue valorada por SP1 quien describió que asistió por presentar “dolor obstétrico intermitente de nueve horas de evolución, el cual había incrementado con el paso del tiempo, negando salida de sangre”, asimismo, al realizar el tacto vaginal advirtió “cérviz posterior, lateralizado izquierdo, permeable a un dedo y Prueba de Tarnier¹ positiva con salida de abundante líquido amarillento-hialino”, por lo cual indicó su ingreso al servicio de tococirugía para valoración y normar conducta a seguir por médico especialista e iniciar prueba de trabajo de parto.

A las 10:00, V1 fue valorada y AR1 la diagnosticó con “embarazo de 39.5 semanas de gestación, ruptura prematura de membranas de nueve horas y prodromos de trabajo de parto”, ello debido a que tenía 70 % de borramiento en cervix y 1 cm de dilatación; por tanto, solicitó estudios de laboratorio e indicó monitoreo fetal electrónico,

¹ Consiste en realizar un tacto vaginal, desplazar la presentación hacia arriba y al mismo tiempo con la otra mano realizar presión en el fondo uterino, evidencia salida de líquido amniótico transcervical. Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas en Pretérmino (RPM)”. México, Secretaría de Salud, 2010.

aunado a ello describió que el estado de salud de V1 era delicado por la ruptura prematura de membranas de nueve horas de evolución, con pronóstico reservado.

De acuerdo con la Opinión Médica de este Organismo Autónomo, se indicó que las contracciones uterinas que presentaba V1 eran suficientes para provocar cambios en el cérvix, lo cual era un indicativo de que, contrario a lo establecido por AR1, V1 cursaba con un embarazo de término (39.5 semanas de gestación) en trabajo de parto en fase latente,² con el antecedente de cesárea previa, situación que pudo propiciar que pasara inadvertida la prolongación de la fase latente del trabajo de parto.

A las 21:30, AR2 prescribió a V1 “1000 cc (centímetros cúbicos) de solución glucosada al 5 % con cinco unidades de oxitocina a 30 mililitros por hora en bomba de infusión continua”, lo cual, conforme a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, es indicativo de que la inducción del trabajo de parto de V1 fue realizada a base de *oxitocina*.

Lo anterior significa que en ese momento fue determinado el inicio de la conducción del trabajo de parto, es decir, comenzó un proceso por el que se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones después del inicio del trabajo de parto espontáneo, sin embargo, de acuerdo a la citada Opinión Médica, si bien la conducción del trabajo de parto puede ser beneficiosa para evitar un trabajo de parto prolongado, su uso inapropiado puede ser nocivo.

Al respecto, este Organismo Autónomo observó que en las constancias que integran el expediente clínico de V1, obra una carta de consentimiento bajo información del 6 de enero de 2018, en la cual aparece como médico tratante AR1, quien no describió el antecedente de cesárea previa, ni el procedimiento de prueba de trabajo de parto por conducción a base de *oxitocina*, ni puntualizó los riesgos inherentes a dicha opción terapéutica, es decir, ruptura uterina, mayor tasa de cesáreas y lesión vesical.

En este sentido, este Organismo Nacional observó que AR1 y AR2 —quienes indicaron la administración de *oxitocina*—, no realizaron una adecuada consejería a V1, sobre las opciones terapéuticas, los riesgos y beneficios de la prueba de trabajo de parto, lo cual confirma que se inició la administración de *oxitocina* sin que V1 conociera los riesgos inherentes de ese procedimiento, ni autorizara la inducción del trabajo de parto mediante consentimiento informado.

En el caso, se observó que V1 presentaba ausencia de antecedente de parto previo —toda vez que en 2013 se le realizó una cesárea—, contaba con un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 30 (IMC de 32.09 al 6 de diciembre de 2017), dilatación cervical a su ingreso al Hospital General menor a cuatro centímetros, ya que el cérvix era permeable a un dedo el 6 de enero de 2018, a las 09:05, así como feto masculino, tales factores redujeron la tasa de éxito de la prueba de trabajo de parto y comprometió su buen resultado.

Asimismo, la Opinión Médica se observó que aunque V1 contaba con criterios para iniciar la prueba de trabajo de parto: embarazo a término, pelvis útil, actividad uterina irregular espontánea, membranas rotas (nueve horas de evolución a su ingreso) y buen estado materno fetal, AR1 y AR2 no tomaron en cuenta dos parámetros: a) que la presentación cefálica del producto no se encontraba en posición para que fuera un parto natural, y b) la dilatación del cérvix era menor a cuatro centímetros, es decir, que a las 10:00 del 6 de enero de 2018, V1 cursaba con 1 centímetro de dilatación. Asimismo, AR1 y AR2 pasaron inadvertidos los múltiples factores que comprometían el buen resultado de la prueba de trabajo de parto de V1, tales como: la ausencia de parto previo, un IMC

² La fase latente de parto es el período en el que se presentan contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta de 4 cm y que, en promedio dura 18 horas en pacientes nulíparas y en pacientes multiparas 12 horas.

mayor de 30, dilatación cervical de un centímetro y feto masculino, lo cual contribuyó al fracaso de la prueba de trabajo de parto con *oxitocina*.

Así las cosas, antes de la primera administración de 2.5 miliunidades de *oxitocina*, ocurrida entre las 21:00 y 21:30 del 6 de enero de 2018, V1 reportó una dilatación del cérvix en dos centímetros y a las 23:00 del citado día, registró una dilatación de tres centímetros y 70 % de borramiento; posteriormente, a las 03:00 y 03:30 del 7 de enero de 2018, se describieron las mismas características del cérvix, lo cual, de acuerdo con la referida Opinión Médica, se confirma que AR2 no tomó en cuenta la puntuación en la escala de Bishop de las características del cérvix de V1, como son: posición, consistencia, borramiento, dilatación y altura de la presentación fetal, ni la fase del trabajo de parto en que se encontraba la paciente (fase latente), tal como lo indica la Guía de Práctica Clínica de “Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea” para el uso de *oxitocina*.

Lo anterior significa que, durante aproximadamente cuatro horas, V1 no presentó modificaciones cervicales a pesar de estar en prueba de trabajo de parto por conducción del mismo a base de *oxitocina*. Lo cual, de acuerdo a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional contribuyó al fracaso de la prueba de trabajo de parto, aumentando el riesgo de las complicaciones derivadas del inadecuado manejo de la *oxitocina*, tales como: hipertonía uterina,³ taquisistolia,⁴ ruptura uterina y sufrimiento fetal.⁵

De igual modo, la citada Opinión Médica de esta Comisión Nacional advirtió que V1 no solo estaba ante un trabajo de parto disfuncional caracterizado por dilatación estacionaria, sino que la falta de progresión del mismo por un periodo aproximado de cuatro horas, era indicación para suspender la prueba de trabajo de parto desde las 03:30 del 7 de enero de 2018, situación que fue ignorada por AR1 y AR2 lo cual expuso al binomio materno-fetal a complicaciones obstétricas derivadas de dicho procedimiento, tales como ruptura uterina, aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal.

De las constancias del expediente clínico de V1 se observó también que entre las 8:00 y 8:30 del 7 de enero de 2017, V1 registró dilatación de siete centímetros; sin embargo, entre las 11:00 y 11:30 de ese día, reportó una dilatación de seis centímetros, lo cual es indicativo de que existió una disminución de la dilatación cervical, en un lapso de aproximadamente tres horas. Esto significa que, a pesar de la conducción del trabajo de parto con *oxitocina*, existió una falta de progresión del trabajo de parto durante cuatro horas, así como fase latente prolongada.

Cabe mencionar que esta Comisión Nacional observó que, respecto al descenso de la presentación fetal por el canal de parto, en las hojas de vigilancia y atención del parto (partogramas) de los días 6 y 7 de enero de 2018, no se registró dicho parámetro, es decir, no se ubicó la altura de la presentación del producto de la gestación respecto a los *planos de Hodge*.⁶

³ Se denomina así a la situación en la que después de la contracción, no se consigue relajación completa del útero, sino que se mantiene el tono basal alto.

⁴ Es decir, más de cinco contracciones en 10 minutos por 20 minutos.

⁵ “Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”, en *La Guía de Práctica Clínica*. México, Secretaría de Salud, 11 de diciembre de 2014, describe que se entiende como dilatación estacionaria a la falta de progresión de modificaciones cervicales durante dos horas. La actividad uterina irregular es la causa más común y corregible del progreso anormal en la paciente con trabajo de parto.

La Guía de Práctica Clínica de Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México, Instituto Mexicano de Seguro Social, 2014, establece que la prueba de trabajo de parto se suspenderá en caso de que exista falta de progresión del trabajo de parto en un periodo no mayor de cuatro horas, signos de sufrimiento fetal o alguna otra indicación de cesárea que se presente en el transcurso de la prueba.

⁶ La bibliografía médica describe que los planos de Hodge son el sistema de coordenadas que permite situar la forma o presentación del feto durante el trabajo de parto, dicho de otro modo, es el estudio del grado de encajamiento del feto en la pelvis.

La vigilancia del trabajo de parto de V1, por parte de AR1 y AR2 fue inadecuada, toda vez que pasaron inadvertidas algunas distocias⁷ (anormalidades en el parto), tales como retraso de la dilatación cervical en la fase latente y activa del parto —por aproximadamente cinco horas—, así como de la ausencia del descenso de la presentación fetal por el canal de parto, lo cual expuso al binomio materno fetal a múltiples complicaciones, pues de acuerdo con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, indebidamente no indicaron la interrupción del embarazo vía abdominal desde las 13:30 del 7 de enero de 2018. Cabe retomar, que desde las 10:00 del 6 de enero de 2018, AR1 documentó que V1 cursaba con ruptura de membranas de nueve horas de evolución, esto significa que para las 18:30 del 7 de enero de 2018, la cronología de la citada ruptura era mayor a 40 horas —en su resolución, la Comisión Bipartita del IMSS contabilizó 33—; es decir, que V1 presentó ruptura de membranas⁸ prolongada mayor a 24 horas, lo cual dio como resultado que V2 presentara un cuadro de sepsis neonatal que comprometió su salud en sus primeros días de vida.

A las 19:00 del 7 de enero de 2018, AR1 estableció que la paciente cursaba con periodo expulsivo prolongado, esto es mayor de dos horas en primíparas y de una hora en múltiparas, por lo que indicó realizar interrupción del embarazo vía abdominal de manera urgente (cesárea).

Con base en lo anterior, se puede establecer que el trabajo de parto de V1 cursó con ruptura de membranas prolongada (mayor a 40 horas), fase latente prolongada, dilatación estacionaria y detención secundaria de la dilatación en la fase activa, a pesar de la administración de *oxitocina*; sin embargo, AR1 y AR2 inadecuadamente no indicaron la interrupción del embarazo vía abdominal (cesárea), sino hasta las 19:00 del 7 de enero de 2018, cuando era la opción terapéutica más adecuada para V1, toda vez que cursaba con un embarazo de término y antecedente de cesárea, lo cual ocasionó que el binomio materno-fetal se mantuviera en riesgo constante de las múltiples complicaciones derivadas de la inadecuada vigilancia del trabajo de parto y que conforme a la Opinión Médica de este Organismo Nacional, tales complicaciones fueron la causa directa de que tardíamente se le practicara la cesárea de urgencia a V1 y la sepsis neonatal que presentó V2 por ruptura prolongada de membranas, situaciones que ampliaron su estancia hospitalaria.

No se soslaya que estas omisiones del personal médico involucrado fueron corroboradas y confirmadas por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS en la resolución del Expediente 1, al referir en el apartado conducente que: “En el presente caso, contaba con ruptura prematura de membranas de 33 horas de evolución; dejándola a evolucionar a trabajo de parto prolongado, lo que condicionó el proceso infeccioso del recién nacido”.

Cabe destacar, que V1 permaneció bajo observación con posterioridad a la resolución del trabajo de parto, y el 9 de enero de 2018, al presentar una evolución post-operatoria satisfactoria, se determinó su alta hospitalaria con diagnóstico de “puerperio postparto abdominal; indicando alta a su domicilio por mejoría, cita abierta a urgencias las 24 horas del día en caso de datos de alarma [...] y acudir a Unidad de Medicina Familiar para retiro de puntos en una semana”.

⁷ Perturbación o anormalidad en el mecanismo de parto, que interfiere con su evolución fisiológica, *cfr.* Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong, “Williams Obstetricia”, 23 edición, McGrawHill, p. 379.

⁸ La ruptura de las membranas es significativa por tres razones: i) Si la presentación no está fijada en la pelvis, aumenta la posibilidad de prolapso y compresión del cordón umbilical; ii) es muy probable que el trabajo de parto inicie poco tiempo después si el embarazo está cerca, y iii) si el nacimiento se prolonga después de la ruptura de membranas, es más probable que ocurra una infección intrauterina.

A.3 Inadecuada atención médica de V2 otorgada en el Hospital General

Es fundamental subrayar que la inadecuada vigilancia del trabajo de parto de V1 condicionó de manera crítica y por varios días las complicaciones de salud que presentó V2, pues la sepsis neonatal que le fue diagnosticada a su nacimiento derivada de la ruptura prolongada de membranas, trajo consigo una estadía intrahospitalaria y aumentó el riesgo de desencadenar en diversas complicaciones que pusieran en peligro su integridad, tales como meningitis, choque séptico, coagulación intravascular diseminada, disfunción orgánica múltiple y muerte.

El nacimiento de V2 se suscitó el 7 de enero de 2018, a las 21:18, en el Hospital General, quien presentó un peso de 3,700 gramos, talla de 51 centímetros, reportó un Apgar⁹ de 8-9 y edad gestacional de 41 semanas de gestación. En la valoración correspondiente, AR3 describió que el recién nacido presentaba “caput succedaneum”,¹⁰ el cual se relaciona con el trabajo de parto prolongado, fenotipo Down (*Síndrome de Down*) y riesgo de sepsis por ruptura prematura de membranas de 33 horas,¹¹ asimismo, refirió que V2 cursaba con morbilidad intermedia y solicitó su ingreso al área de incubadoras.

AR3 indicó terapia antibiótica empírica y requirió exámenes de laboratorio, pero omitió solicitar la toma de hemocultivo antes de iniciar el tratamiento antibiótico, lo cual trajo consigo incertidumbre clínica ante la falta de confirmación del agente causal de la infección que padeció V2 al nacer. A las 16:10 del 8 de enero de 2018, AR4 valoró a V2 y estableció que hasta ese momento no había presentado datos clínicos de sepsis; sin embargo, contaba con el factor de riesgo de ruptura de membranas prolongada, por lo que consideró necesario el manejo de antibiótico vía intravenosa durante 72 horas como mínimo y control hematológico en 24 horas.

Posteriormente, a las 08:00 del 9 de enero de 2018, AR5 describió que V2 presentaba un tinte icterico, es decir, una coloración amarilla de la piel como resultado del incremento en la bilirrubina circulante ubicada hasta los tobillos por lo cual determinó que V2 cursaba con “ictericia multifactorial”, y aunque no estaba contraindicado, resolvió suspender el seno materno para acortar el tiempo de manejo con fototerapia,¹² a pesar de haber reportado que V2 no presentaba datos de alarma por hiperbilirrubinemia.

De acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, no existía contraindicación médica, ni científica para que AR5 determinara suspender a V2 el seno materno, aun cuando V2 presentaba la sospecha de un cuadro infeccioso derivado de la ruptura prolongada de membranas, es decir, que contrario a lo resuelto por AR5, V2 requería de la acción protectora e inmunológica de la leche materna por la sepsis neonatal que le afectó y tal determinación contribuyó con el deterioro de su estado clínico.

Posteriormente, a las 14:25, AR4 observó que V2 presentaba una coloración rojiza en la periferia del ombligo, dato sugestivo de sepsis; asimismo, describió que no había presentado evacuaciones desde su ingreso e identificó una disminución del recuento plaquetario, lo cual se conoce como trombocitopenia y solicitó interconsulta

⁹ La evaluación Apgar proporciona información acerca de la salud física del bebé y ayuda al médico a determinar si se requiere tratamiento médico inmediato o futuro. La Primera Prueba del Niño: Apgar. American Pregnancy Association.

¹⁰ Es una de las lesiones producidas en la cabeza del recién nacido durante el parto. El caput succedaneum es una colección serosanguinolenta subcutánea y extraperiosteal. Definición obtenida del artículo “La patología neonatal asociada al proceso del parto”. Rodríguez-Alarcón Gómez Justino, Melchor Marcos Juan Carlos, Martín Vargas Lucila y Fernández Llebreg del Rey Luis, *Hospital de Cruces*. Vizcaya (online), sin fecha, recuperado del sitio https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14_1.pdf [consultado el 29 de octubre de 2018].

¹¹ AR3 estableció que la ruptura de membranas fue de 33 horas, sin embargo, por la evolución de nueve horas informada desde el 6 de enero de 2017, se cuantificaban más de 40 horas, como se estableció en el análisis de la atención médica otorgada a V1.

¹² Sobre este aspecto la Guía de Práctica Clínica, “Detección Oportuna, Diagnóstico y Tratamiento de la Hiperbilirrubinemia en Niños Mayores de 35 Semanas de Gestación Hasta las 2 Semanas de Vida Extrauterina”, recomienda no dejar de otorgar alimentación con leche materna durante la fototerapia. México, Secretaría de Salud, 2010.

al servicio de cirugía Pediátrica, sin embargo, omitió toma de hemocultivo previo al inicio de la terapia antibiótica que prescribió a V2, lo cual en Opinión Médica de esta Comisión Nacional contribuyó a la duda en el diagnóstico del paciente. Por otra parte, a las 23:00 horas del 9 de enero de 2018, SP2 describió haber realizado lavado gástrico con solución salina e indicó que V2 presentaba datos sugestivos de sangrado digestivo por lo que sugirió ayuno y permanecer con sonda orogástrica.

Cabe mencionar que durante la valoración realizada a las 15:30 del 10 de enero de 2018, AR4 afirmó que V2 cursaba con sepsis neonatal sin germen aislado en tratamiento; sobre este aspecto, la Opinión Médica de este Organismo Autónomo destaca que la falta de hemocultivo por parte de AR3 y AR4 no permitió confirmar el diagnóstico y detectar el agente causal infeccioso.

A las 23:33, del mismo 10 de enero de 2018, AR6 reportó que V2 presentaba datos de dificultad respiratoria e indicó que en pacientes con síndrome de Down es frecuente la presencia de cardiopatía congénita, y estableció que el recién nacido cursaba con sospecha de enterocolitis necrosante,¹³ sin embargo, omitió realizar estudios de cultivo para confirmar o descartar ese diagnóstico y, en su caso, determinar el posible agente patógeno.¹⁴

De igual modo, AR6 indicó que una vez que V2 se encontrara estable se valoraría su envío a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en tercer nivel de atención, toda vez que el Hospital General no contaba con ese servicio, ni con personal médico en Neonatología, Cardiología Pediátrica y de Enfermería capacitado para manejo, y enfatizó que la unidad médica de tercer nivel se encontraba a más de 300 kilómetros de distancia, por lo que el traslado en ese momento ponía en peligro la seguridad del paciente; además de no contar con el equipo de tecnología neonatal para realizar el mismo.

Por otra parte, a las 08:00 del 11 de enero de 2018, AR5 describió que V2 no presentaba datos de alarma de enterocolitis necrosante y llevó a cabo una modificación terapéutica a otro esquema de antibiótico más básico,¹⁵ sin haber requerido la realización de estudio de hemocultivo, lo que contribuyó a permanecer con la duda diagnóstica y la falta de confirmación del agente causal durante la estancia hospitalaria del recién nacido.

V2 continuó en seguimiento médico y el 18 de enero de 2018 fue dado de alta con diagnóstico de infección neonatal atendida, trastorno metabólico en control, sodio bajo en la sangre, altos niveles de bilirrubina por incompatibilidad sanguínea, probable obstrucción del intestino grueso (Enfermedad de Hirschsprung) y soplo cardíaco.¹⁶ Se indicaron citas en consulta externa para los servicios de Cardiología, Cirugía Pediátrica, Pediatría y Genética.

En suma, las irregularidades descritas con anterioridad, propiciaron que V2 fuera expuesto a una inadecuada atención médica, derivado del trabajo de parto prolongado de manera innecesaria mediante la conducción a través de *oxitocina*, situación que puso en riesgo su salud ya que contribuyó a permanecer internado por un periodo de 11 días con posterioridad a su nacimiento, riesgo que pudo ser evitado si el personal médico tratante hubiera brindado una adecuada atención médica del parto de V1.

¹³ Es una enfermedad intestinal grave en los bebés recién nacidos y se produce cuando el tejido del colon se inflama. Hospital Infantil "Lucil Pakard", Centro de Salud Infantil Stanford. Disponible en <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=enterocolitis-necrotizante-90-P05497>

¹⁴ Los patógenos son agentes infecciosos que pueden provocar enfermedades a su huésped. Este término se emplea normalmente para describir microorganismos como los virus, bacterias y hongos, entre otros. Estos agentes pueden perturbar la fisiología normal de plantas, animales y humano. Disponible en <https://www.gutmicrobiotaforhealth.com/es/glossary/agente-patogeno/>

¹⁵ De doble esquema para bacterias por medio de cefotaxima-vancomicina lo modificó a ampicilina y amikacina.

¹⁶ Nota de alta del recién nacido: "sepsis neonatal temprana sin germen aislado en remisión y control de trastorno metabólico, hiponatremia e hipoglucemia secundaria a probable sepsis en remisión + hiperbilirrubinemia secundaria a incompatibilidad al ABO, también se sospecha de enfermedad hirschsprung, además de soplo cardíaco por probable insuficiencia tricúspide y confirmar conducto arterioso".

A su vez, este Organismo Nacional contó con elementos para inferir que la presunta condición del fenotipo de síndrome de Down de V2 no fue tomada con importancia para un seguimiento médico adecuado. Lo anterior debido a que desde su alta del Hospital General, el 18 de enero de 2018, hasta la primera cita y única que ha tenido de atención por parte de Genética y Cardiología en el Centro Médico Nacional de Occidente, el 28 de septiembre, pasaron ocho meses y 10 días, sin que actualmente se haya podido corroborar por personal médico especialista el diagnóstico certero de síndrome de Down, además de que tampoco contó con una evaluación especializada de la situación de salud de V2 ni con tratamiento médico adecuado.

Al respecto, lo emitido por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud en los “Lineamientos Técnicos de Atención integral de la persona con síndrome de Down” señala que:

“En todo recién nacido con síndrome de Down se debe realizar una evaluación cardiovascular minuciosa, en muchos casos con defectos cardíacos congénitos no es posible auscultar soplos o ruidos anormales por lo que como parte de la evaluación se debe tomar una radiografía de tórax, un electrocardiograma y de ser posible, un eco cardiograma; hay que evaluar la función y estructuras ocular, audiológica, tiroidea y hay que tener seguimiento periódico de corazón, tiroides, cavidad oral y función visual y auditiva. El tratamiento de estos niños debe ser integral con un grupo multidisciplinario, similar al de cualquier otro niño, con relación al crecimiento y prevención específica y enfocada al bienestar del paciente y su familia”.¹⁷

Sobre esta atención indica que: “[s]e debe llevar a cabo el seguimiento médico, se requiere integrar un grupo multidisciplinario que incluya pediatras, genetistas, cardiólogos, oftalmólogos, ortopedistas, internistas, fisiatras, psicólogos, psiquiatras, neurólogos, nutriólogos, audiólogos, endocrinólogos, cirujanos, radiólogos, enfermeras y trabajadores sociales, personal de clínica de lactancia entre otros”.

Estos mismos lineamientos establecen que: “[...] deben tener establecido un programa bien dirigido de estimulación temprana, con un proceso de educación a los padres para asegurar su adherencia al ejercicio de estimulación”. Sin embargo, de las constancias obtenidas por esta Comisión Nacional, se advirtió que el Hospital General no ha proporcionado las terapias de rehabilitación, debido a la falta de personal, lo que ha generado que la familia de V2 pague un servicio para poder tener algún tipo de atención.

Por lo anterior, se considera que V2, por la presunta condición del fenotipo de síndrome de Down que presenta, desde su nacimiento se ha omitido proporcionarle la adecuada atención médica correspondiente de forma inmediata incumpliendo los “Lineamientos Técnicos de Atención integral de la persona con síndrome de Down”.

B. Interés Superior de la Niñez

En cuanto al derecho a la salud de la niñez, este Organismo Constitucional enfatiza que las niñas, niños y adolescentes al ser titulares de todos los derechos reconocidos en la Constitución Federal y los Tratados Internacionales de los que México es parte, cuentan además con las medidas especiales contempladas en diversas disposiciones en atención al interés superior de la niñez.¹⁸

¹⁷ Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, “Lineamientos Técnicos de Atención integral de la persona con síndrome de Down”, 2007, p. 38. Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Sindrome_Down_lin_2007.pdf

¹⁸ CrIDH, “Caso Hermanos Landaeta Mejías y otros vs. Venezuela”, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 27 de agosto de 2014, párr. 157.

En atención a ello, el interés superior de la niñez, debe ser interpretado de modo que se visualicen sus tres facetas, es decir, como un derecho sustantivo, un principio jurídico interpretativo fundamental y como norma de procedimiento,¹⁹ en todos aquellos temas que interesen a la situación de la niñez.

Este Organismo Autónomo observa con interés que el presente asunto guarda estrecha relación con el bienestar de las niñas, niños y adolescentes, especialmente con los temas relacionados a la atención de su salud; por lo que considera relevante recordar el principio de interés superior de la niñez y las medidas de protección que deben regir la garantía y protección de sus derechos, así como la importancia de esta temática para el ámbito internacional en materia de derechos humanos y desarrollo sostenible.²⁰

Bajo esa premisa, se advierte que la inadecuada atención médica otorgada a V1 durante el trabajo de parto repercutió directamente en la sepsis neonatal que presentó V2 por una ruptura prolongada de membranas y puso en riesgo su integridad física en sus primeros días de vida, pues por su situación de vulnerabilidad al ser una persona recién nacida que se encontraba en muy malas condiciones generales, con deterioro de cuadro respiratorio y abdominal, fue reportado muy grave con alto riesgo de complicaciones a corto plazo, incluyendo la pérdida de la vida.

Asimismo, de la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se advirtió que personal médico del Hospital General no realizó valoraciones adecuadas, ni solicitó estudios clínicos para tener certeza sobre el agente patógeno que ocasionó el deterioro de la salud de V2, lo cual también lo mantuvo en una situación clínica de gravedad.

De igual modo se observó que el Hospital General no contaba con los insumos y/o equipo especializado para realizar los estudios que se requerían para atender la situación de salud de V2 y brindarle los auxilios y tratamientos correspondientes, como es el caso de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, por lo que incluso se solicitó el apoyo de otra unidad hospitalaria, sin embargo, no se concretó el traslado debido a la condición que presentaba.

Cabe mencionar que en entrevista telefónica realizada el 11 de octubre de 2018, V1 expresó a personal de esta Comisión Nacional que fue hasta el 28 de septiembre de 2018, cuando se le brindó su primera atención médica especializada a V2 desde su alta hospitalaria, es decir, que después de su nacimiento ocurrido el 7 de enero de 2018, transcurrieron nueve meses y 21 días para que fuera valorado por los servicios de Genética y Cardiología Pediatría en el Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS.

Asimismo, comunicó que la cita programada a V2 para el día 4 de octubre de 2018, en el servicio de Rehabilitación del Hospital General no se llevó a cabo, pues le indicaron que no hay personal médico en esa área, debido a esto V1 llevó a V2 a terapias particulares de estimulación temprana en una escuela con la finalidad de tener algún tipo de atención costeándolo por cuenta propia.

Lo anterior, permite advertir que el IMSS omitió brindar a V2 una atención médica y de rehabilitación de calidad y calidez, lo cual le ocasionó repercusiones en su situación de salud durante sus primeros días de vida y, acorde a lo expuesto por V1 es una situación que ha perdurado ya que el servicio médico no ha sido brindado como inmediatez o se ha obstaculizado bajo el pretexto de que no se cuenta con el servicio o el personal correspondiente. Por estas razones esta Comisión Nacional observa que el IMSS no ha realizado una valoración constante del interés superior de la niñez de V2 en su atención médica desde su nacimiento a la fecha.

¹⁹ Comité de los Derechos del Niño, Observación General 14 (2013), "Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)", párr. 6.

²⁰ CNDH, Recomendación 19/2018 del 29 de junio de 2018, párr. 29.

C. Inadecuada integración de los expedientes clínicos de V1 y V2

En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se advirtió que la Carta de Consentimiento bajo información firmada por V1 en la que autorizó procedimientos quirúrgicos para la atención del parto, incumple con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”, en sus apartados 10.1.1.4, 10.1.1.6 y 10.1.1.10, por no describir el lugar y fecha en que se emitió; no se determinaron los beneficios y riesgos del procedimiento quirúrgico, y no se estableció el nombre y firma de un testigo, ni se describió el antecedente de cesárea previa, ni el procedimiento de prueba de trabajo de parto por conducción del mismo a base de *oxitocina*.

Cabe mencionar que en al menos seis notas médicas de la atención otorgada a V1 y V2 no se establecieron las fechas de elaboración, a pesar de haber incorporado la hora en que fueron realizadas, incumpliendo el apartado 5.10 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”. Dicho apartado establece que todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.

D. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V1

En el caso que nos ocupa, se acreditó la existencia de violencia obstétrica física psíquica, entendiéndose que esta se configura cuando: “[...] se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico”.²¹

Se observa que AR1 y AR2 ejercieron violencia obstétrica en agravio de V1, al no advertir que cursaba con un trabajo de parto en fase latente por ruptura prematura de membranas de más de 40 horas de evolución y prolongaron de manera innecesaria los sufrimientos descritos por V1, e ignoraron los riesgos obstétricos que derivaron en la sepsis neonatal que presentó V2.

De igual modo, de acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se observó que AR1 y AR2 omitieron realizar una adecuada consejería médica a V1 respecto al riesgo-beneficio y las opciones terapéuticas sobre la prueba de trabajo de parto a la que fue sometida, aunado a que le fue suministrado el medicamento denominado *oxitocina* sin que autorizara la conducción del trabajo de parto mediante consentimiento informado de ese medicamento, por lo que se considera que la conducción del trabajo de parto en este caso no estuvo justificada y por tanto fue una práctica constitutiva de violencia obstétrica.

Conforme a esas consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que AR1 y AR2 son responsables por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a y b, y 8, inciso a, de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”.

E. Responsabilidad

Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las conductas y omisiones ya descritas en la presente Recomendación, mismas que configuran violaciones a los derechos a la protección de la salud en

²¹ Graciela Medina, “Violencia Obstétrica”, en *Revista de Derecho y Familia de las Personas*. Buenos Aires, Núm. 4, diciembre, 2009.

agravio de V1 y V2; consecuentemente, este Organismo Constitucional considera que existen evidencias suficientes para concluir que incumplieron sus obligaciones de actuar con disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público como personas servidoras públicas, previstas en los artículos 7o., fracciones I, VI y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas; 303 y 303 A de la Ley del Seguro Social; 7o. párrafos uno y tres del Reglamento de Prestaciones Médicas de IMSS, y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

De igual modo, se observó que AR4, AR5 y AR6 omitieron prestar a V2 un servicio de calidad, pues durante el lapso de nueve meses no se advirtió la existencia de constancias clínicas en las que hayan solicitado estudios complementarios, tales como el cultivo de sangre, orina, heces y líquido cefalorraquídeo para confirmar o descartar algún agente causal. Asimismo, tampoco solicitaron dichos estudios de laboratorio para confirmar o descartar la sospecha diagnóstica, y en su caso la determinación de los posibles patógenos de V2.

F. Responsabilidad Institucional

Esta Comisión Nacional observa que las omisiones descritas, además de la falta de personal médico en Neonatología, Cardiología Pediátrica y de Enfermería capacitados, insumos, equipamiento o infraestructura médica, forman parte de una problemática de carácter estructural en el funcionamiento del sistema de salud, por lo que este Organismo Nacional insta al IMSS para determinar si las problemáticas ocurridas en los hechos del presente caso pueden derivar en el incumplimiento de alguna de las obligaciones contenidas en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, especialmente en mandos medios y superiores que debieron prever en específico, que el Hospital General contara con toda la disponibilidad de personal y equipo médico necesario para garantizar el disfrute más alto posible del derecho a la protección de la salud de V2 y el resto de personas usuarias del servicio.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos formula al Director General del IMSS, las siguientes:

RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se repare integralmente el daño en un plazo que no exceda de seis meses a partir de la notificación de la presente Recomendación a V1, V2 y V3, y se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral conforme a la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. De manera inmediata, se deberá proporcionar a V2 la atención médica especializada que requiera, por el tiempo que sea necesario y, en su caso, otorgar la provisión de medicamentos. Ésta deberá incluir cualquier tratamiento, rehabilitación, atención paliativa o cualquier tipo de atención médica y/o interdisciplinaria que sea necesaria para que V2 pueda alcanzar el disfrute del nivel de salud más alto posible conforme a los términos de la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. En cuanto a V1 y V3, se deberá proporcionar la atención psicológica que requieran por personal profesional especializado, y de forma continua hasta que alcancen su total sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad y sus especificidades de género, y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 por las violaciones a los derechos humanos descritas, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 para que haya constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. En un plazo de seis meses, se diseñen e impartan en el Hospital General, los siguientes cursos de capacitación: 1) sobre los estándares del derecho a la protección de la salud materna y de la niñez, y 2) sobre la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida” y la Recomendación General 29/2017, “Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”, emitida el 31 de julio de 2017 por esta Comisión Nacional. Éstos deberán ser impartidos por personal especializado, y se deberá enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que en el plazo de dos meses se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, y se envíen las constancias que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para en un plazo que no exceda de seis meses partir de la notificación de la presente Recomendación, se dote de personal de rehabilitación al Hospital General, con el fin de que se proporcione la atención adecuada y el servicio, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. Generar, en un plazo que no exceda de seis meses, un programa de atención interdisciplinaria para la atención de las personas con síndrome de Down en el Hospital General. El cual deberá tomar en cuenta todas las etapas de la vida, sus necesidades y la atención adecuada inmediata, y se envíen a este Organismo Público Autónomo las constancias que acrediten su cumplimiento.

DÉCIMA. Se designe a una persona servidora pública de alto nivel, que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

TIEMPO DE TRAMITACIÓN EN LA CNDH:
301 días.

ESTADO:
Aceptada el 1 de diciembre de 2018.

Sobre el recurso de impugnación de R en contra del acuerdo de conclusión del expediente de queja emitido por la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, por violación al derecho a una vida libre de violencia por maternidad de R, el derecho a la lactancia del binomio de R y V1 y al principio del interés superior de la niñez de V1

Ciudad de México, a 14 de noviembre de 2018

AUTORIDAD RESPONSABLE: Secretaría de Salud del Estado de México

PROCEDIMIENTO: Recurso de impugnación

SÍNTESIS DE LOS HECHOS

El 4 de agosto de 2017, R presentó ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México (en adelante Comisión Estatal) el escrito de queja en la que refirió hechos presuntamente violatorios de derechos humanos de su hijo (V1), de su señora madre (V2) y en su agravio, atribuibles a personas servidoras públicas de la Secretaría de Salud de la referida entidad federativa, en particular del Centro de Salud Urbano de Nezahualcóyotl (en adelante Centro de Salud), en la que expuso, que desde que fue adscrita y asignada al área de vacunas, con su jefa inmediata, notó un patrón de conducta extraña hacia su persona y es a partir de su embarazo que se intensifica, al grado de ser objeto de agresiones físicas y vejaciones, como jalones y gritos, por lo que solicitó a la Comisión Estatal su intervención inmediata.

El 7 de septiembre de 2016, se le diagnosticó un embarazo de alto riesgo, a las 23.5 semanas de gestación, el cual le comunicó a su jefa inmediata, quien le respondió de forma agresiva “si piensas que por el estado en que te encuentras, tendrás privilegios estás equivocada”.

Durante el embarazo, sus superiores le instruían para acudir al almacén por vacunas, al que tenía que trasladarse en vehículo automotor. Para ello, debía llevar consigo unos termos que tienen la capacidad de 45 y 100 litros, que la mayoría de las veces tuvo que cargar. Así las cosas, el 10 de octubre de 2016, cuando contaba con seis meses de gestación, sufrió una torcedura de pie a causa de que cargó uno de los termos mencionados. Aunado a esto, su jefa inmediata le exigía que limpiara la parte superior de los refrigeradores industriales, por lo que tenía que subir a una silla para poder hacerlo. También refirió que en la última etapa del embarazo no le cerraba su filipina, por no contar con un uniforme adecuado a su estado; sin embargo, su jefa inmediata le exigía constantemente de manera verbal, así como través de jalones y tocamientos en el cuerpo que portara de forma correcta el uniforme.

Del 10 de diciembre de 2016 al 9 de marzo de 2017, ejerció su licencia por maternidad. Una vez que concluyó este periodo y regresó a laborar, solicitó a su jefa inmediata que le permitiera el horario de lactancia mientras recibía la respuesta a la solicitud de hora de lactancia que había presentado el 3 de marzo del mismo mes y año,

quien le contestó que “no había ninguna clase de privilegios ni derechos” para ella y no tenía autorizado moverse de su lugar. Debido a la falta de una sala para lactancia en el Centro de Salud y ante la negativa para que ejerciera la lactancia materna, R diariamente a escondidas, buscaba diversos espacios para tener privacidad y extraerse la leche o amamantar a su hijo, por lo que se vio en la necesidad de hacerlo en los baños de mujeres y en el cuarto de máquinas. Un día en que presentaba fiebre y se estaba retirando la leche en el baño, su jefa inmediata abrió la puerta violentamente y con gritos le cuestionó que hacía ahí, que ese no era su lugar de trabajo. Esta acción hizo que las personas que acuden al Centro de Salud como pacientes y personal se percataran de la situación, dicha exposición la incomodó, de forma rápida se abotonó la blusa y salió corriendo.

Finalmente, señaló que fue en julio de 2017 cuando recibió la autorización de la tolerancia que se concede a las mamás con hijos en edad de guardería, con efectos a partir del 1 de enero al 31 de diciembre de 2017. Para esa fecha su hijo tenía siete meses de nacido.

Con motivo de los hechos expuestos por R, la Comisión Estatal inició el expediente de queja y una vez realizadas las investigaciones que consideró pertinentes, el 23 de febrero de 2018, mediante acuerdo, la Comisión Estatal determinó la conclusión de dicho expediente debido a que no se contaba con los elementos de convicción suficientes que le permitieran acreditar alguna acción u omisión en contra de los servidores públicos relacionados con los hechos motivo de inconformidad; asimismo, que los hechos denunciados por R eran de carácter laboral y por cuestión de competencia, se encontraba impedida para conocer del asunto.

El 3 de abril de 2018, la Comisión Estatal remitió por oficio a este Organismo Constitucional Autónomo la inconformidad planteada, copia certificada del expediente iniciado con motivo de la queja interpuesta por R, así como el informe respectivo, radicándose en este Organismo Nacional el expediente de impugnación CNDH/4/2018/184/RI.

DERECHOS VULNERADOS

- Derecho a una vida libre de violencia por maternidad de R.
- Derecho a la lactancia del binomio de R y V1.
- Al principio del interés superior de la niñez de V1.

OBSERVACIONES

Del análisis lógico jurídico del conjunto de evidencias que integran el expediente del Recurso de Impugnación CNDH/4/2018/184/RI, y atendiendo a lo dispuesto por los artículos 65 y 66 inciso b) de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se advierte que el Recurso de Impugnación presentado por R, respecto al Acuerdo de Conclusión, del 23 de febrero de 2018, emitido por la Comisión Estatal, es fundado de acuerdo a las siguientes consideraciones.

A. Valoración sobre las investigaciones iniciales de violaciones a los derechos humanos que realizó la Comisión Estatal y la posterior conclusión de la queja por no competencia

El 4 de agosto de 2017, la Comisión Estatal conoció del escrito presentado por R donde refería presuntas violaciones a derechos humanos cometidas en contra de V1, V2 y en su agravio, atribuidas a personas Servidoras Públicas de la Secretaría de Salud del Estado, específicamente por las agresiones que sufrió durante su embarazo y lactancia llevadas a cabo en su contra por quien era su superiora jerárquica en el Centro de Salud. En esa

misma fecha, la Comisión Estatal emitió acuerdo mediante el cual determinó el registro del EQ y determinó la competencia para conocer de la queja “ante la existencia de presuntas violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio y atribuibles a servidores públicos adscritos al Instituto de Salud del Estado de México, por: Derecho al trabajo (Derecho a no ser sujeto a acoso laboral)”.

Posteriormente, la Comisión Estatal realizó un requerimiento de información a la Secretaría de Salud quien, el 17 de septiembre de 2017, rindió su respuesta anexando diversas constancias. Una vez analizada esa información, se desprende que la Comisión Estatal consideró que del análisis de las constancias que integraban el EQ, el caso era susceptible de resolverse mediante un procedimiento de mediación.

A.1 Sobre la revictimización de R mediante el procedimiento de mediación

De acuerdo a las constancias que integran el expediente, en un primer momento el procedimiento de mediación fue aceptado por R como se advierte en el Acta Circunstanciada, del 23 de octubre de 2017, llevándose a cabo la primera sesión el 26 del mismo mes y año a las 13:18 horas, a la que acudieron AR1, AR2 y SP5.

Sobre esta sesión de mediación, R mencionó que personal de la Comisión Estatal la sentó en una mesa frente a dos de las personas señaladas como autoridades responsables (AR1 y AR2), donde el personal de la Comisión Estatal le repetía insistentemente que les viera a los ojos y le decían: “míralos a la cara”, además de que su asesor legal no podía estar presente, sin embargo, ante la insistencia aceptaron su presencia en dicha sesión.

Al respecto, R manifestó a esta Comisión Nacional que al acudir a un organismo estatal de derechos humanos asumía que tendría un trato digno, pero que el día en que tuvo lugar la sesión de mediación donde le exigieron que viera a los ojos a quienes la habían violentado y maltratado, se sintió presionada y estresada, por lo que el 23 de noviembre de 2017 desistió de continuar con dicho procedimiento.

Es importante mencionar que, de la Opinión Psicológica elaborada por este Organismo Nacional, se constató que R presenta síntomas compatibles con personas que han sufrido acoso laboral. Lo anterior, en virtud de que los hechos narrados por R no consistieron en un evento aislado, sino en una serie de eventos concatenados que derivaron en una fuente de estrés continua, provocándole daños y alteraciones psicológicas relevantes a consecuencia de los actos de violencia ocurridos en el Centro de Salud. En tal sentido, el proceso de mediación en donde la situaron frente a sus agresores le generó un daño más y la violentó nuevamente. Por ello, se valora que el procedimiento de conciliación realizado por la Comisión Estatal constituyó un acto de revictimización en contra de R. El mismo 23 de noviembre de 2017, la Comisión Estatal determinó que el procedimiento de mediación no era viable, por lo que continuó con la integración del EQ.

A.2 Acuerdo de conclusión por no competencia

Es importante destacar que la Comisión Estatal consideró como motivación para concluir el EQ, el no contar con elementos de convicción suficientes para acreditar una acción u omisión de carácter administrativo, ya que observó que el asunto es de carácter laboral y por ende se encontraba impedida para conocer del caso.

Sobre esta cuestión, la Comisión Nacional estima que la determinación de no competencia tiene íntima relación con la inadecuada valoración del contenido de los elementos de convicción con los que contaba la Comisión Estatal.

Por lo expuesto, esta Comisión Nacional considera que la conclusión del EQ por parte de la Comisión Estatal no fue justificada y por ende, se valora que los agravios presentados por R en su escrito de impugnación se encuentran suficientemente fundados.

B. Análisis de fondo de las violaciones a los derechos humanos de R y V1

Esta Comisión Nacional, del análisis realizado al EQ y la información contenida en el recurso de impugnación, está en condiciones de poder emitir una decisión respecto del fondo del caso, ya que, atendiendo a su función de órgano de conocimiento y decisión de los medios de impugnación que prevé su Ley, al realizar el respectivo análisis y su resolución, dicho Organismo Nacional debe guiarse por el principio de la máxima protección a las víctimas, lo que en el presente caso no se cumpliría si se devuelve el expediente al Organismo Estatal.

En tal sentido, esta Comisión Nacional decidió avocarse al conocimiento integral del asunto bajo la premisa de máxima protección a las víctimas, y luego de haber analizado las evidencias existentes, se concluye que se acreditan diversas violaciones a los derechos humanos como a continuación se describe.

C. El derecho de las mujeres a una Vida Libre de Violencia

El derecho de toda mujer a una vida libre de violencia se encuentra establecido a nivel regional en la Convención de Belem Do Pará, la cual en su artículo 3 establece que “[t]oda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado”. De manera específica, el artículo 10 del mismo ordenamiento sostiene como un ámbito o espacio de la violencia contra las mujeres a la violencia laboral.

C.1 Protección de la maternidad de las trabajadoras ante la discriminación y violencia en el ámbito laboral

Los derechos de las mujeres embarazadas y en etapa de lactancia, así como de aquellas que son madres, se encuentran protegidos bajo un amplio abanico de instrumentos internacionales y nacionales.

La Comisión Nacional observa con atención, por resultar materia relevante en el presente asunto, la protección que merece la salud de las mujeres durante el embarazo y posterior a éste dentro de su ámbito laboral, así como de su derecho a la lactancia, por impactar de manera directa sobre la propia persona de la mujer y su maternidad, pero también sobre la salud e integridad personal de binomio materno-fetal, aún durante la etapa posterior al embarazo.

C.2 El derecho a la salud en el ámbito laboral con motivo de la maternidad

Respecto del derecho a la salud de las mujeres en el ámbito laboral, la Convención para Erradicar todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres (CEDAW) en su artículo 11.1 indica que “[L]os Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, los mismos derechos [...]; mientras que en su artículo 11.2.d establece el deber de “prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella”.

En concordancia, la Ley General de Salud tiene entre sus objetivos principales la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna que abarca desde el embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.

C.3 La protección de la lactancia en el trabajo

La lactancia materna es de vital importancia para el binomio madre-hijo.

Al respecto, esta Comisión Nacional observa que el derecho de las madres a ejercer la lactancia en el espacio laboral, constituye una prerrogativa que encuentra su sustento en la protección del derecho a la maternidad en el espacio laboral y cuyo contenido se encuentra conectado a otros derechos humanos, tales como el derecho a la igualdad y no discriminación, el derecho a la salud, el derecho a la maternidad y el principio de interés superior de la niñez.

D. CONSIDERACIONES DE LA COMISIÓN NACIONAL

D.1 Acoso laboral durante el embarazo de R

A través de su queja inicial, presentada en la Comisión Estatal y por medio de diversas entrevistas que sostuvo con personal de esta Comisión Nacional, R refirió una serie de conductas en su agravio que experimentó por parte de personal de la Centro de Salud en el que trabaja, las que por su gravedad generaron un daño y un efecto en R. Dichas conductas se pudieron corroborar con los testimonios directos de personas servidoras públicas y con las respuestas en el informe presentado por la Secretaría de Salud del Estado.

Como parte de la investigación de los hechos, personal especializado de esta Comisión Nacional realizó una Evaluación Psicológica que determinó que R tiene una afectación derivada de una serie de los hechos experimentados en su centro de trabajo referidos en la presente Recomendación, concluyendo que R se encuentra agotada emocionalmente en virtud de la repercusión social y emocional de éstos y presenta hipervigilancia, estrés y pérdida a intereses personales.

Esta Comisión Nacional considera pertinente resaltar que las labores que le eran asignadas a R en razón de su trabajo, se contraponen a la seguridad y la salud del binomio materno-fetal que en ese momento constituía R con su embarazo. La exposición de R a labores que implicaban el manejo de material biológico, así como cargar el peso de los termos, aunado a los esguinces de tobillo que había presentado en los meses de junio y octubre de 2016, dan cuenta de una falta de protección por parte de sus superiores jerárquicos (AR1, AR2 y AR3), respecto de la situación y estado de gravidez en el que se encontraba R.

Este Organismo Autónomo observó con atención que, a pesar de existir un lineamiento que exige a las personas trabajadoras el uso del respectivo uniforme, dicha situación no justifica en sentido alguno que las autoridades facultadas para supervisar el cumplimiento de dicha norma, como lo es AR1, hagan uso de la violencia psicológica y física para obligar su cumplimiento. De ahí que la conducta de AR1 para con R constituya un comportamiento que, sumado a los demás que se analizan en el presente asunto, forma parte de un acoso laboral que evidentemente tenía como intención someter a R al cumplimiento estricto de reglas que, por la propia naturaleza de su condición de embarazo, no podía cumplir con el uniforme usual y sin que se le ofreciera alternativa o consideración racional alguna.

En una entrevista de R con una Visitadora Adjunta de esta Comisión Nacional, señaló que el 8 de diciembre de 2016, cuando cursaba la semana 36 de gestación, llegó al Centro de Salud a las 06:49 horas a preparar su servicio. En ese momento comenzó a sentirse mal, le dolía mucho la cabeza, tenía las piernas y manos hinchadas y se le dificultaba cumplir con sus labores. Por tal motivo solicitó a SP3, médico del Centro de Salud, que la revisara. El médico diagnosticó "Embarazo de 36 semanas de gestación compatible con preclamsia (*sic*). Probable sufrimiento fetal", indicando a R que acudiera a su unidad médica y le sugirió que le avisara a AR3, Director del Centro de Salud, a efecto de que se retirara ya que estaba en riesgo la salud de R y V1.

Una vez que R informó a AR3 el aludido diagnóstico y solicitó autorización para retirarse, éste le negó la salida. Posteriormente, R se dirigió a AR1 con el mismo fin, quien tampoco dio la autorización.

La negativa del personal del Centro de Salud para permitirle retirarse debido a que se sentía mal por los signos de preeclampsia, sucedió unas horas antes del nacimiento de su hijo, situación que constituye un acto que pudo poner en riesgo la salud, integridad y vida de R y V1. Es importante destacar que el centro laboral de R es un Centro de Salud, por lo que el personal posee conocimientos de medicina y estaba notificado de que el embarazo que cursaba R había sido diagnosticado de alto riesgo, como lo demuestran las constancias. No obstante, la salud e integridad de R no fue una prioridad para AR1 y AR3, quienes ignoraron la opinión profesional del médico SP3 y privilegiaron arbitrariamente una actividad laboral frente a la necesidad de atención médica adecuada y a tiempo. AR1 y AR3, a pesar de ser personas profesionistas de enfermería y medicina respectivamente, minimizaron los síntomas de riesgo como dolor de cabeza, presión alta, pies y manos hinchados, así como zumbido de oídos que R presentó en su centro laboral y que les hizo saber oportunamente. Por lo que ante la actitud de AR1 y AR3, R decidió retirarse para acudir al Hospital Regional, haciéndolo por su cuenta, sin algún acompañamiento por parte del personal del Centro de Salud y sin algún tipo de apoyo médico que pudiera asegurar su debida atención, en donde previa revisión médica, le diagnosticaron “preeclampsia (sic) sin criterios de severidad”.

De la apreciación y análisis de los hechos anteriormente señalados, se comprobó que AR1, AR2 y AR3, violaron el derecho de R a una vida libre de violencia durante su embarazo. Igualmente, de los hechos vertidos se aprecia que R fue obligada a llevar a cabo labores incompatibles con su estado de gravidez, además de que no se realizaron adecuaciones o modificación en sus labores con el fin de asegurar su cuidado, aun teniendo conocimiento de que su embarazo había sido diagnosticado como de alto riesgo. Además, fue sujeta a violencia física y psicológica a través del hostigamiento constante por parte de AR1, así como de un trato inadecuado y obstaculización de sus derechos por parte de AR1 y AR3, quienes el día en que nació V1, pusieron en riesgo la salud e integridad del binomio materno-infantil de R y V1, siendo omisos en valorar la opinión experta de un médico colega del mismo Centro de Salud y no permitirle que de forma inmediata acudiera a recibir atención médica oportuna y adecuada, a pesar de que AR1 y AR3 cuentan con conocimientos profesionales sobre la gravedad de los síntomas que presentaba.

D.2 Acoso laboral posterior al parto en contra de R

Del 10 de diciembre de 2016 al 9 de marzo de 2017, R ejerció su licencia por maternidad. Período en el que estuvo al cuidado de su hijo en compañía de su madre V2, quien la apoya en las actividades que puede, ya que tiene una movilidad limitada por una lesión en la rodilla. Durante el tiempo de licencia, R amamantó a V1 como forma exclusiva de alimentación.

Cuando R regresó a laborar, se enfrentó al hecho de que las agresiones en su contra continuaron ocurriendo. Al respecto, SP1 y SP2, en sus entrevistas con personal de esta Comisión Nacional, mencionaron que las autoridades, es decir, AR1, AR2 y AR3, continuaron ejerciendo presión sobre R. Indicaron que es vigilada todo el tiempo, no le permiten moverse de su lugar de trabajo y cada que vez que no la encuentran en éste, la buscan incesantemente por toda la Clínica de Salud, incluso afuera de ésta, también señalaron que era conocido por el personal que no le permitían tener su hora de lactancia y que el permiso tardó mucho tiempo para que se la autorizaran.

Al respecto, AR1, AR2 y AR3 en sus informes presentados a esta Comisión Nacional señalaron que R tiene comportamientos inapropiados y comportamientos rebeldes, mencionando que la actitud que tienen hacia ella se debe a esta situación. AR4 en su escrito indicó que cuando R no se encuentra en su lugar de trabajo la “invita a regresar” a éste, con el fin de que cumpla las condiciones generales de trabajo, con lo que se constata la importancia que genera que R se encuentre permanentemente en su lugar de trabajo. Este tipo de conductas muestran que de forma constante se generó presión, vigilancia innecesaria, actos de humillación y discriminación en contra de R, ejerciendo con ello una forma de acoso en el ámbito laboral por parte de personas con las que tenía

un vínculo de trabajo y jerarquización subordinada. De ahí que esta Comisión Nacional determine que las conductas a las que se vio enfrentada R a su regreso al Centro de Salud, fueron la continuación de un acoso laboral por maternidad que inició desde su embarazo y que se extendió posterior al parto, violentando de igual manera a V1 al pretender negarle el acceso a las vacunas y medicamentos que le corresponden, exponiéndolo a sufrir graves afectaciones.

D.3 La violación al derecho a la lactancia del binomio de R y V1

En virtud de la negativa de AR1, AR2, AR3 y AR4 a que ejerciera el derecho a la lactancia, por la falta de respuesta de AR5, R se veía obligada a alejarse de su área de trabajo, debido a que por el periodo de lactancia en el que se encontraba, requería extraerse la leche materna de forma manual, ya que, en ocasión anterior, debido a la tardanza en hacerlo, llegó a presentar fiebre. Situación que confirmó SP3.

Ante la falta de una sala de lactancia, R diariamente se veía en la necesidad de buscar un espacio que le brindara un mínimo de privacidad para extraerse la leche materna, y en algunas ocasiones amamantar a V1, por lo que llegó a hacerlo en algunos baños para mujeres y en la sala de máquinas dentro del Centro de Salud.

Al respecto, esta Comisión Nacional cuenta con elementos suficientes para concluir que lo narrado por R sucedió así, ya que como lo manifestaron SP1 y SP2, en sus entrevistas con personal de este Organismo Nacional, R es constantemente vigilada en su centro de trabajo, no le permiten moverse de su lugar y cuando no la encuentran, la buscan de forma incesante por toda la Clínica de Salud, incluso afuera. Por esta razón se infiere que tal suceso, fue parte de estas acciones de vigilancia constante y búsqueda incesante mencionadas anteriormente.

Por todo lo anterior, esta Comisión Nacional advierte que los comportamientos y obstaculizaciones de las que fue sujeta R, a través de las cuales se le impidió ejercer su derecho para lactar a V1, se encuentran insertas en un contexto de acoso laboral que se remonta a su etapa de embarazo, y que terminó por privarla del ejercicio del derecho de lactancia. En consecuencia, se violentó el derecho de R a una vida libre de violencia en el ámbito laboral y el derecho de V1 a recibir una adecuada lactancia materna, violaciones atribuibles a AR1, AR2, AR3 y AR4, debido a, en primer lugar, a la negativa directa a R de gozar de ese derecho en su beneficio y en beneficio de su hijo V1 y, después, por el retardo injustificado de la notificación de la autorización de la hora de lactancia por parte de AR5.

D.4 Principio del interés superior de la niñez

En el presente caso, este Organismo Nacional considera necesario enfatizar la condición que V1 tiene como niño lactante, al ser hijo de R. Condición respecto de la cual se potenciaron las violaciones a sus derechos humanos.

Resulta evidente que, AR1, AR2, AR3 y AR4, como superiores jerárquicos de R y ostentar cargos de administración, coordinación y dirección, respectivamente, en el Centro de Salud, no proporcionaron evidencias que permitan concluir que estas personas servidoras públicas evaluaron el interés superior de la niñez para garantizarle a V1 la lactancia materna. Lo anterior, debido a que no le permitieron a R ejercerla, justificando tales conductas en la dilación en la autorización correspondiente y el cumplimiento de lineamientos internos. Tampoco se llevaron a cabo medidas para que pudiera hacerlo, como sería que, ante la falta de una sala de lactancia en el Centro de Salud, hubieran adaptado algún espacio seguro, cómodo y privado que le permitiera a R amamantar a V1 o bien retirarse la leche.

RECOMENDACIONES

A usted Gobernador del Estado de México:

PRIMERA. Reparar integralmente en un plazo de seis meses el daño ocasionado a R, V1 y V2, conforme a la Ley General de Víctimas, mismas que deberán incluir el pago de una compensación económica por concepto de indemnización, de acuerdo con las consideraciones de la presente Recomendación, y deberá presentar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Inscribir a R, V1 y V2 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, y se brinde a R la atención psicológica que requiere, previo consentimiento informado, de manera gratuita, por el tiempo que sea necesario hasta su rehabilitación y en un lugar accesible, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Garantizar, conforme a la ley, la estabilidad laboral de R en un ambiente adecuado dentro del Centro de Salud y cesen de inmediato los actos de hostigamiento laboral, así como todas las acciones y omisiones que pudieran impactar en su integridad psicológica y física y en su derecho a una vida libre de violencia, y que se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Generar, dentro de un plazo que no exceda los seis meses, un Programa de atención y seguimiento de los derechos de las mujeres embarazadas y madres, a través del cual se verifique y supervise el cumplimiento cabal de los derechos de las mujeres embarazadas y madres, en los términos de la presente Recomendación, y que se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Revisar el procedimiento mediante el cual se llevan a cabo los trámites de permisos de lactancia, con el fin de garantizar que éste tenga las formalidades mínimas y sea resuelto en un plazo breve y notificarlo a más tardar el día en que concluye la licencia de maternidad, enviando a esta Comisión Nacional las constancias de su cumplimiento.

SEXTA. Colaborar con este Organismo Nacional en la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud del Estado de México para que se instruyan los procedimientos administrativos correspondientes en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, por las conductas cometidas en agravio de R, V1 y V2, y que se envíen a esta Comisión Nacional las constancias de su cumplimiento.

SÉPTIMA. Girar las instrucciones necesarias para que la Fiscalía General de Justicia del Estado de México integre debidamente la Carpeta de Investigación radicada en la Fiscalía Regional de Nezahualcóyotl y en la ejecución de las Medidas de Protección emitidas por el Ministerio Público.

OCTAVA. Dentro de un plazo que no deberá exceder los ocho meses a partir de la notificación de la presente Recomendación, instalar una sala de lactancia para personal y usuarias del Centro de Salud, que deberá contener los estándares señalados por la norma aplicable al caso en concreto, y se manden constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. Dentro de un plazo de seis meses, a partir de la notificación de la presente Recomendación impartir a todo el personal del Centro de Salud los siguientes cursos: 1) Curso integral de educación, formación y capacitación para todo el personal del Centro de Salud, sobre los derechos humanos de las mujeres que el orden jurídico nacional e internacional protegen; 2) Curso sobre los derechos de las personas trabajadoras, el cual deberá incluir un módulo o apartado sobre el trato digno, especialmente de las mujeres embarazadas y que son

madres, y 3) Curso sobre hostigamiento laboral. Todos los cursos mencionados deberán impartirse por personal especializado y deberán remitir a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

DÉCIMA. Se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

DÉCIMA PRIMERA. Designar una persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

A usted Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México:

PRIMERA. Garantizar que en las quejas que reciba y tramite, en que se desprenda que pueden existir violaciones a los derechos humanos de las mujeres por violencia de género en su contra, y en particular en aquellos casos que se lleven a cabo dentro del ámbito laboral, deberá llevar a cabo sus investigaciones con perspectiva de género y de acuerdo a lo dispuesto en la presente Recomendación.

SEGUNDA. Revisar la forma en la que se están llevando a cabo los procedimientos de mediación derivado de las quejas que atiende donde se infiera violencia contra las mujeres, incorporando a éstos los estándares sobre procedimientos alternativos de controversias contenidos en la Observación General Núm. 35 del Comité CEDAW de Naciones Unidas, con el fin de que en cada caso se evalúe la existencia de indicadores de riesgos para las víctimas, y de esta forma, evite que el proceso sea revictimizante.

TIEMPO DE TRAMITACIÓN EN LA CNDH:

5 años, 189 días.

ESTADO:

Aceptada.

Sobre el caso de violaciones a los derechos a la protección de la salud en agravio de V1 y V2, al interés superior de la niñez y a la integridad personal de V2, así como a una vida libre de violencia obstétrica de V1 en el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, en Ciudad de México

Ciudad de México, a 14 noviembre de 2018

AUTORIDAD RESPONSABLE: Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”

PROCEDIMIENTO: Expediente de Queja

SÍNTESIS DE LOS HECHOS

V1 narró que, en agosto de 2016, tuvo conocimiento que cursaba un embarazo de ocho semanas de gestación, por lo que comenzó a recibir atención con un médico particular, y el 12 de octubre de 2016, fue admitida en el Instituto, donde se llevó su control prenatal.

El 6 de marzo de 2017, a las 1:30 horas, regresó al Instituto donde le informaron que tenía cinco centímetros de dilatación, por lo que fue ingresada a la sala de expulsión y le aplicaron diversos medicamentos y anestesia. A las 03:05 horas, el personal médico realizó maniobra para romperle la fuente.

A las 7:00 horas, se le informó a V1 que todo iba evolucionando bien y continuaba el proceso de parto natural, se enteró que su hija estaba en posición transversa y que tenía frecuencia cardíaca normal. Posteriormente, dos médicos intentaron girar manualmente la cabeza de la bebé sin éxito.

A las 9:00 horas, se le avisó a V1 que su parto sería con uso de fórceps y le informaron sobre los riesgos de su uso —entre ellos el daño neurológico—, sin embargo, también se le explicó que por la posición de V2 y las cicatrices que V1 tenía, el parto con fórceps era seguro, motivo por el cual otorgó su consentimiento, a pesar de que expresó que prefería se le realizara una cesárea.

V1 refirió que entre tres médicos intentaron usar fórceps, pidiéndole a una residente que empujara al bebé desde arriba, y después de intentos fallidos, le fue practicada una cesárea de emergencia.

A las 9:51 horas, cuando los médicos extrajeron a V2, ésta no lloró y le informaron a V1 que la estaban revisando. Asimismo, indicó que los médicos no accedieron a que viera a su hija. Posteriormente, le indicaron que trasladarían a V2 a cuidados intensivos porque había sufrido asfixia.

V1 manifestó que además sufrió ruptura de vejiga y útero durante el proceso de parto vía vaginal. El 10 de marzo de 2017, V1 fue dada de alta y V2 continuó internada.

El 21 de marzo de 2017, V1 fue informada de que su hija al nacer había convulsionado después de la asfixia que presentó al momento de su nacimiento.

El 24 de marzo de 2017, se le informó a V1 que V2 se encontraba estable, sin embargo, se le hizo del conocimiento que habían encontrado deterioro en V2 y que no se podía descartar en el futuro “un retraso mental”, por lo que su hija necesitaría terapias de rehabilitación neurológica por lo menos los primeros tres años de su vida.

V1 refirió que a raíz de los hechos se ha enfrentado a dificultades para obtener las terapias de rehabilitación para V2 en instituciones públicas, y debido al tipo de atención que requiere su hija, se ha visto afectada en su desarrollo profesional y personal.

DERECHOS VULNERADOS

Derecho a la protección de la salud, a la integridad personal, a una vida libre de violencia obstétrica y al interés superior de la niñez.

OBSERVACIONES

En atención a los referidos hechos y al conjunto de evidencias del expediente CNDH/4/2018/1869/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes que acreditan la vulneración a los derechos humanos de V1 y V2, por lo que a continuación, se realizará el análisis siguiente: Derecho a la protección de la salud de V1 y V2; Interés superior de la niñez de V2; Derecho a la integridad personal de V1 y V2, y Derecho a una vida libre de violencia de V1.

A. Derecho a la protección de la salud

A.2 Antecedentes médicos de V1

Este Organismo Nacional considera importante destacar que V1, durante un embarazo previo, recibió atención médica en el Instituto desde el año 2012, toda vez que padecía asma. El 8 de febrero de ese año, acudió al Instituto como parte del seguimiento de su embarazo y se detectó que presentaba desproporción cefalopélvica, por lo que se le practicó una cesárea el 9 de febrero de 2012 para concluir su embarazo.

A.3 Control prenatal en el segundo embarazo de V1

En las últimas dos sesiones de control prenatal, MR1 y AR1 estimaron que el embarazo podría terminar en parto vaginal, sin que señalen los elementos que les llevaron a esta conclusión, ya que no consideraron los antecedentes patológicos y obstétricos de V1 por la que se consideraba un embarazo de riesgo y sin que se encontraran evidencias de que hayan realizado una exploración física completa para determinar que su pelvis fuera adecuada para un parto vía vaginal.

A.4 Inadecuada atención médica de V1

El 5 de marzo de 2017, a las 14:05 horas, V1 acudió al Instituto donde fue atendida por un médico cuyo nombre no es posible identificar, debido a que la nota correspondiente carece del mismo. En esta valoración se estable-

ció que presentaba un embarazo de 39.1 semanas de gestación, síndrome de Samter y trabajo de parto en fase latente.

De acuerdo a la Opinión Médica del personal de esta Comisión Nacional, el no indicar la interrupción del embarazo en ese momento mediante una cesárea, implicaba que a V1 se le sometiera a una prueba de trabajo de parto posterior a una cesárea, la cual conllevaba un mayor riesgo de ruptura uterina.

El 6 de marzo de 2017, a la 01:59 horas, habiendo transcurrido aproximadamente 12 horas de trabajo de parto en fase latente y de que acudió al Instituto, AR2 y MR2 valoraron a V1 y decidieron enviarla a la Unidad Tocoquirúrgica para la conducción del parto y analgesia obstétrica, estableciéndose que se notificaría al servicio de anestesiología sobre el síndrome de Samter que presentaba.

En el caso, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional estimó que era fundamental considerar la presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalopélvica, debido a que tales características fueron la causa de su cesárea anterior, sin que en ese momento fuesen considerados dichos antecedentes. Además de que no realizaron la valoración clínica completa a la paciente, lo que impidió que se percataran de que el producto de la gestación se encontraba en variedad de presentación transversa, que es un criterio que indica cesárea y contraindicación de conducción de trabajo de parto (administración de *oxitocina*), por lo que desde ese momento se pudo haber advertido que requería la interrupción del embarazo y evitar complicaciones maternas y fetales, como ruptura uterina y asfixia fetal.

En la misma fecha, a las 03:14 horas, V1 fue valorada por MR3, MR4 y MR5 quienes reiteraron el diagnóstico antes descrito y establecieron que al tacto vaginal presentaba cérvix anterior con cinco centímetros de dilatación, producto libre, 70% de borramiento, de consistencia blanda, pelvis que impresionó ser útil, e índice de Bishop de nueve puntos, por lo que bajo dichos parámetros indicaron en la nota médica que V1 no contaba con contraindicación para la resolución de embarazo vía vaginal. No obstante, no verificaron la variedad de posición y descenso fetal, y a pesar de esta falta, establecieron que V2 no había entrado en el canal de parto (sin encajamiento).

En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, lo observado por MR3, MR5 y MR4 constituían parámetros inespecíficos e insuficientes para determinar en ese momento la vía de resolución de trabajo de parto, además de que no realizaron una valoración completa a V1, tomando decisiones sin dicha valoración.

A las 06:57 horas del mismo 6 de marzo, MR6 y MR7 dieron seguimiento al estado de V1, quien tenía signos vitales dentro de parámetros normales, y sobre la posición de V2 encontraron el dorso fetal derecho en situación longitudinal y encajado. Además, reportaron que al tacto vaginal V1 tenía borramiento y dilatación completos y membranas rotas desde las 03:05 horas. Asimismo, se estableció que se encontraba en periodo de expulsión con antecedente de cesárea previa hace cinco años y que presentaba alto riesgo de hemorragia y ruptura uterina. De lo anterior, es posible destacar que fue hasta ese momento cuando se determinó tomar precauciones por las posibles complicaciones de alto riesgo de V1, ya que no fueron advertidas durante la exploración vaginal incompleta que se había realizado.

En este momento MR6 y MR7 realizaron tacto vaginal a V1, encontrando borramiento y dilatación cervical completos, con un tono uterino normal, producto con presentación cefálica, con frecuencia cardíaca fetal normal, altura de presentación encajada y con cinco contracciones uterinas en 10 minutos. Sobre este aspecto, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional estableció que si bien MR6 y MR7 describieron el grado de encajamiento de la cabeza fetal, no documentaron su variedad de posición como lo señala la citada Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 en su punto 5.5.4, a fin de corroborar si podía continuar con la prueba de trabajo de parto sin complicaciones o debía interrumpirse el embarazo vía cesárea, inadvirtiéndole que el producto de la gestación se encontraba en presentación transversa.

Además, MR6 y MR7 mencionaron haberla encontrado con cinco contracciones uterinas en 10 minutos, las cuales de acuerdo al partograma y las indicaciones, estaban inducidas con *oxitocina*, incumpliendo con la “Guía de Práctica Clínica. Parto después de una cesárea”, que recomienda que la dosis de infusión de *oxitocina* debe ser la mínima requerida para alcanzar de tres a cuatro contracciones en 10 minutos, y no rebasar de cuatro contracciones por el riesgo de ruptura uterina. Condición que pasaron inadvertida, indicando que debía continuar con la conducción del trabajo de parto, sin considerar que la actividad uterina era de mayor frecuencia y podía estar relacionada con el uso excesivo de *oxitocina*, desproporción céfalopélvica o mal presentación fetal, factores que como se ha mencionado, eran indicaciones absolutas para realizar una cesárea.

MR6 y MR7 solicitaron el consentimiento informado de V1 para parto instrumentado, mismo que fue firmado y forma parte del expediente clínico. El parto instrumentado o quirúrgico es el procedimiento obstétrico en el cual se toman medidas activas para lograr el parto, empleado instrumentos como fórceps obstétricos.

Sobre la realización de parto instrumentado, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional destacó que si bien es cierto que, el 6 de marzo de 2017, V1 firmó el consentimiento informado para la autorización de procedimientos médico quirúrgicos y la resolución de su embarazo por esta vía, son los criterios médicos los que determinan si el procedimiento debe ser o no realizado, ponderando siempre el mayor beneficio frente al riesgo de la intervención.

Es así que a las 09:40 horas de esa fecha, AR3 y AR4 ingresaron a V1 a sala para la atención de parto instrumentado y se le aplicó anestesia por vía epidural. Reportaron que previamente a la colocación de fórceps, observaron sangrado transvaginal oscuro en cantidad moderada e identificaron pérdida de la presentación, por lo que sospecharon de ruptura uterina. A pesar de ello, colocaron fórceps para terminar con el embarazo, sin que esto sucediera, por lo que decidieron la interrupción vía cesárea.

Lo descrito por AR3 y AR4, se contrapone con lo asentado por SP2 en la hoja de paciente quirúrgico preoperatorio del servicio de enfermería, en la que narró lo siguiente:

“9:05 Ingresa, consciente, nerviosa a expulsión I (*sic*) se coloca en posición de litotomía, asepsia, sonda vesical (+), 09:20 antisepsia. Inicia procedimiento con colocación de Fórceps Kielland. 4 intentos por Transverso persistente los cuales fueron fallidos, deciden realizar

9:25 cesárea; pasan dosis de anestesia por catéter peridural, asepsia, cateterismo vesical (+), antisepsia con 10 gotas raytex, 10 compresas e instrumental completo

9:47 Inicia cirugía con incisión suprepuvica realizan abducción hasta cavidad abdominal, observando ruptura

9:51 uterina y lesión vesical. Extraen producto único deprimido pélvico...

9:52 reparan útero, con previa revisión de cavidad uterina...”

Ello da cuenta que lo reportado por AR3 y AR4 se contradice con lo indicado por SP2 en cuanto al número de intentos de uso de fórceps, y el orden con el que se usaron los fórceps y se observó el sangrado que sugería ruptura uterina. Así, mientras AR3 y AR4 indicaron que el sangrado de V1 y la pérdida de la presentación del producto fueron observados de forma previa al intento de colocación de fórceps, SP2 indicó que de forma posterior a los cuatro intentos de aplicación de los fórceps en V1, esta fue sometida a una cesárea donde se realizó el hallazgo de ruptura uterina y lesión vesical.

De lo anterior, la Opinión Médica de la Comisión Nacional concluyó que el paro de descenso y la mala posición fetal *occipito transversa derecha*, no eran condiciones para el uso de fórceps, sin embargo, éste fue aplicado en

cuatro ocasiones, que resultaron fallidas porque V1 contaba con contraindicaciones, por lo que resultaron fallidas. Además, la intervinieron antes del máximo descenso fetal y ejercieron tracción excesiva en presencia de desproporción cefalopélvica lo que llevó a complicaciones graves maternas y fetales, como los fueron la ruptura uterina con riesgo de hemorragia y lesión de vejiga de V1 y asfixia fetal de V2, que ponen en peligro la vida del binomio, como se analizará a continuación. El mismo 6 de marzo de 2017, AR3 y AR4 determinaron que V1 cursaba con los diagnósticos preoperatorios de dos embarazos, una cesárea, embarazo de 39.1 semanas, síndrome de Samter y probable ruptura uterina. Debido a ello y considerando los cuatro intentos fallidos de uso de fórceps, indicaron realizar una cesárea urgente a V1, con anestesia regional a cargo de AR3, quien llevó a cabo el citado acto quirúrgico advirtiendo ruptura uterina y lesión de la vejiga.

A las 10:36 horas, MR8 reportó haber atendido a V1 y detectó que presentaba una herida en la vejiga de ocho centímetros, situación que, de acuerdo con la Opinión de la Médica de esta Comisión Nacional, ocurrió por la presión ejercida sobre la vejiga durante el parto instrumentado, derivado del uso de fórceps, el cual fue traumático y estaba contraindicado. Al respecto, se menciona que MR8 realizó la reparación de la herida.

En conclusión, es posible confirmar que V1 presentó complicaciones graves como ruptura uterina y lesión vesical que fueron el resultado secundario al uso de fórceps, además de la aplicación continua e innecesaria de *oxitocina* por más de seis horas desde su ingreso a hospitalización, sumado a los factores de riesgo como una cesárea previa por desproporción céfalo-pélvica, mal presentación fetal y paro de descenso fetal, factores que no fueron advertidos oportunamente y que debieron ser detectados y valorados.

A.5 Inadecuada atención médica en agravio de V2

A las 09:51 horas del día 6 de marzo de 2017, se obtuvo de la cesárea a V2, con un peso de 3,385 gramos, talla de 51 centímetros, adecuados para su edad gestacional, con calificación de Apgar de 1-4-7, Silverman no valorable, edad fetal estimada por su desarrollo de 39 semanas, acorde a su edad gestacional y fue enviada a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para su atención.

En el caso de V2, al tener un puntaje de Apgar de 4 a los cinco minutos de vida, era posible determinar que ésta cursó con depresión moderada y asfixia, condición que es grave e inestable, por lo que ameritó manejo especializado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

De acuerdo a la Opinión Médica de este Organismo Nacional, el padecimiento de asfixia que presentó V2 estuvo directamente asociado a los factores de riesgo obstétricos de V1 que fueron analizados, tales como incompatibilidad cefalopélvica, uso de *oxitocina*, presentación fetal anormal, parto instrumentado con ruptura uterina y cesárea, los cuales, como ya se ha mencionado, no fueron prevenidos, advertidos ni corregidos oportunamente, con el consecuente daño fetal.

De la hoja de estimación de edad gestacional de V2 elaborada por SP3, se observó que presentó *suturas coronales imbricada*, denotando únicamente que la cabeza fetal permaneció en el canal del parto con la suficiente presión para su deformación temporal.

Asimismo, presentó edema del cuero cabelludo de tres por dos centímetros, lesión eritematosa en la región frontal izquierda y malar, como consecuencia de la instrumentación, mismas que con alto grado de probabilidad correspondían a excoriaciones o equimosis como producto de presión y fricción por el uso de fórceps.

En consecuencia, se concluyó que por las lesiones que presentó V2 y las causas de éstas, se confirma que fue expuesta a una prueba de trabajo de parto contraindicada debido a que estaba en mal presentación fetal por una desproporción cefalopélvica que no fue advertida, ya que desde su ingreso contaba con criterios absolutos para cesárea.

V2 permaneció en seguimiento médico durante 23 días posteriores a su nacimiento, siendo atendida por haber cursado con los diagnósticos de recién nacida de término de 39.3 semanas de gestación estimada por su desarrollo corporal, hipertensión arterial pulmonar, persistencia del conducto arterioso, síndrome convulsivo, hemorragia de plexos coroides bilateral Grado I, asfixia perinatal, encefalopatía hipóxico-isquémica moderada y peso adecuado para la edad gestacional, las cuales fueron generadas por el inadecuado manejo, vigilancia y tratamiento del trabajo de parto.

El 29 de marzo de 2017, se autorizó el egreso de V2 con diagnóstico de asfixia perinatal, encefalopatía hipóxico-isquémica moderada, síndrome convulsivo, daños neurológicos severos e irreversibles que podrían provocar discapacidad.

En conclusión, V2 llegó al final de su etapa gestacional sin complicaciones, pero se expuso a una prueba de trabajo de parto innecesaria y un parto instrumentado sin condiciones para el mismo, procesos que fueron la causa de las lesiones y asfixia fetal (restricción de oxígeno que le provocó encefalopatía hipóxico-isquémica y daño neurológico irreversible que motivó el cuadro epiléptico que presenta) para el cual requiere tratamiento farmacológico, neuroestimulación y manejo especializado.

La valoración más reciente por parte del mencionado Servicio de Estimulación se llevó a cabo el 5 de marzo de 2018 a las 10:03 horas, donde se le encontró con un año de edad, desarrollo psicomotor normal, realizando gáteo y poniéndose de pie con ayuda, determinando valoración de neuroconducta normal. Al respecto la Opinión Médica de este Organismo Nacional destacó que la “Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la encefalopatía hipóxico-isquémica”, menciona que existe evidencia de que hasta el 15% de los recién nacidos sobrevivientes a encefalopatía hipóxico-isquémica moderada y grave, aún sin anomalías aparentes al egreso, pueden desarrollar parálisis cerebral que se hará evidente entre el año y la edad escolar, por lo que está indicado el seguimiento pediátrico. Con base en lo anterior, se concluye que a pesar de que en ese momento se describió con una valoración de neuroconducta normal, V2 no está exenta de complicaciones, por lo que amerita seguimiento multidisciplinario por los servicios de Pediatría, Neurología, Oftalmología, Estimulación Neuromotora y demás que amerite de acuerdo con su evolución.

A.6 Inadecuada integración del expediente clínico de V1 en el Instituto

Del análisis al expediente clínico de V1, en el Instituto este Organismo Nacional observó lo siguiente: en las notas elaboradas el 8 de noviembre 2016 a las 11:00, el 29 de diciembre 2016, el 2 de enero de 2017 y el 5 de marzo de 2017, todas sin registro de hora, el nombre del médico que suscribe es ilegible o no se asentó. Además, no se estableció el número de cédula profesional, por lo que se incumplió con los apartados 5.10 y 5.11 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 “Del expediente clínico”, que establecen que las notas del expediente deberán contener nombre del médico tratante y hora de elaboración, así como expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

Lo anterior es de mencionarse ya que estas omisiones impidieron conocer la identidad del personal tratante en algunas etapas de la atención de V1, así como las circunstancias de tiempo en una parte de su seguimiento médico, vulnerando con ello el derecho a la protección de la salud de V1 en relación con el acceso a la información detallada de su tratamiento.

B. Interés superior de la niñez

En el presente caso, la inadecuada atención del trabajo de parto de V1, así como la aplicación fallida del instrumento fórceps durante el nacimiento de V2, fueron indicadores del incumplimiento del deber que conmina a los

agentes estatales responsables en el caso a vigilar en todo momento, el interés superior de la niñez de V2, lo que incidió en afectaciones físicas irreversibles en su agravio, tal y como se ha evidenciado en el presente pronunciamiento.

C. Derecho a la integridad personal de V1 y V2

En suma, los hechos que dan lugar al presente pronunciamiento culminaron en una afectación física y psíquica para V1, así como daños físicos a V2, cuyos efectos se desconocen hasta el momento, debido a que se trata de una niña en su primera infancia en desarrollo, que aún recibe terapias para tratar los daños derivados de la inadecuada atención del parto de su madre, además tal y como lo manifestó V1 en diversas comunicaciones telefónicas, los eventos que derivaron en violaciones a sus derechos humanos condicionan posibles daños psicológicos en agravio de V2, por lo que, al existir una incidencia de personas servidoras públicas del Estado en éstos, se genera una obligación de reparación a su cargo, con motivo de las vulneraciones a su derecho a la integridad personal.

D. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica de V1

Como se argumentó, era indispensable la adecuada valoración clínica de V1 para establecer la vía adecuada de resolución del trabajo de parto y evitar prácticas invasivas, como lo fue en este caso la conducción del trabajo de parto. Desde la valoración en las últimas dos citas de control de prenatal, donde se señaló que podría realizarse un parto vía vaginal y determinación que probablemente fue tomada en cuenta durante la atención del parto. Lo anterior, aun cuando contaba con criterios absolutos para una cesárea, como el antecedente de desproporción cefalopélvica y resolución del primer embarazo por cesárea, se omitió el hecho de que era de riesgo debido al síndrome de Samter, además de que no se contó con evidencias de que realizaron una valoración física completa, mediante la cual hubiesen determinado que la pelvis era adecuada para un parto vaginal.

Agrava lo anterior, el hecho de que la aplicación de *oxitocina* para la citada conducción se prolongó durante seis horas de manera inadecuada e innecesaria, uso que contribuyó a la ruptura uterina que presentó V1. Irregularidad que constituye una práctica de violencia obstétrica en agravio de V1.

Asimismo, como se ha documentado, el uso de fórceps que derivó en ruptura uterina y lesión de vejiga de V1, también pudo ser prevenido y fue constitutivo de violencia obstétrica, ya que ante las valoraciones inadecuadas durante el trabajo de parto, nunca se indicó que esta instrumentación estaba contraindicada y no era justificada, al existir condiciones y antecedentes médicos para determinar la resolución del parto de V1 mediante cesárea. Sin considerar lo anterior, se indujo el parto con *oxitocina*, sometiendo a V1 a los sufrimientos y afectaciones físicas que han sido descritos ampliamente en párrafos anteriores.

Con base en las anteriores consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que el personal médico del Instituto es responsable por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b) y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención de Belém Do Pará”.

E. Responsabilidad

E.1 Consideraciones sobre la responsabilidad del personal médico del Instituto

Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3 y AR4, así como el personal médico responsable de la actuación de MR1, MR3, MR5, MR6 y MR7, incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las conductas y omisiones ya descritas en la presente Recomendación,

mismas que configuraron violaciones a los derechos a la protección de la salud de V1 y V2, así como a su integridad personal, al interés superior de la niñez y a una vida libre de violencia obstétrica de V1; consecuentemente, este Organismo Constitucional autónomo considera que existen evidencias suficientes para concluir que incurrieron en las siguientes conductas susceptibles de ser investigadas en términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

RECOMENDACIONES

A usted señor Director General las siguientes:

PRIMERA. Instruya a quien corresponda para que en el plazo de seis meses, a partir de la notificación de la presente Recomendación, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas se realice una reparación integral del daño conforme a la Ley General de Víctimas, que incluya el pago de una compensación y/o indemnización, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se inscriba a V1 y V2, en el Registro Nacional de Víctimas para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se deberá proporcionar: 1) A V1 y V2 la atención médica especializada que requieran, con carácter vitalicio, y en su caso, incluir la provisión de medicamentos. Esta deberá incluir cualquier tratamiento, rehabilitación, atención paliativa o cualquier tipo de atención médica y/o interdisciplinaria que sea necesaria para que puedan alcanzar el disfrute del nivel de salud más alto posible, necesidad consecuente de los daños sufridos; 2) en el caso de que así lo requiera V1, se le brinde el acceso a servicios gratuitos de guardería y cuidado acordes a las necesidades particulares de V2, y 3) se garantice el acceso de V2 a servicios e instituciones para incentivar su desarrollo social y educativo —emprendimiento y conclusión de estudios—, así como de sus capacidades física, mental, cognitiva, social y vocacional, y otros servicios que sean necesarios para asegurar su desenvolvimiento pleno y una vida independiente y autónoma. Se tendrá que asegurar su educación de forma inclusiva y de calidad, su incorporación a actividades culturales y deportivas, así como una preparación para el trabajo y formación profesional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. En cuanto a V1, se deberá proporcionar la atención psicológica que requiera por personal profesional especializado, y de forma continua, atendiendo a su edad y sus especificidades de género y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el Instituto en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, así como del personal médico responsable de la actuación de MR1, MR3, MR5, MR6 y MR7, por las violaciones a los derechos humanos descritas, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal de AR1, AR2, AR3 y AR4, así como del personal médico responsable de la actuación de MR1, MR3, MR5, MR6 y MR7, para que haya constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. En un plazo de seis meses, se diseñen e impartan en el Instituto, los siguientes cursos de capacitación:
a) Derecho a la protección de la salud materno infantil, con especial énfasis en los temas de interés superior de la

niñez y personas con discapacidad; b) Conocimiento, manejo y observancia de las normas en materia de salud referidas en la presente Recomendación y c) sobre el derecho a una vida libre de violencia obstétrica, con el objetivo de evitar que vuelvan a originarse actos como el que dieron lugar a este pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

OCTAVA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que en el plazo de dos meses se emita una circular dirigida al personal médico del Instituto en la que se les exhorta, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, y se envíen las constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. Se designe al o la servidora pública de alto nivel, que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

TIEMPO DE TRAMITACIÓN EN LA CNDH:
272 días.

ESTADO:
Aceptada el 6 de diciembre de 2018.

Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos de acceso a la justicia en su modalidad de procuración de justicia y a la verdad en agravio de V1, V2 y V3, personas desaparecidas y de sus familiares, en Paracho, Michoacán

Ciudad de México, a 28 de noviembre de 2018

AUTORIDADES RESPONSABLES: Subprocurador Jurídico y de Asuntos Internacionales,
en suplencia del Procurador General de la República
Gobernador Constitucional del Estado de Michoacán

PROCEDIMIENTO: Expediente de Queja

SÍNTESIS DE LOS HECHOS

1. El 22 de julio de 2012, entre las 05:00 y 05:30, un grupo de personas armadas sustrajo violentamente a tres jóvenes profesionistas (una mujer V3 y dos varones V1 y V2) del interior del Hotel Santa Fé, lugar en el que se encontraban hospedados desde el 18 del mismo mes y año, hechos ocurridos en el municipio de Paracho, Michoacán.
2. Con motivo de los hechos reseñados, la hermana de una de las víctimas directas presentó, el 26 de julio de ese mismo año, un escrito de queja ante este Organismo Nacional, manifestando que su hermano y un primo (los dos varones) habían acudido al municipio de Paracho, Michoacán, a impartir un curso didáctico para niños y que el 23 de ese mismo mes y año la persona que los contrató le informó que había existido una pelea en el hotel donde estaban hospedados y que posteriormente un grupo armado, sin conocer a qué corporación pertenecían, había ingresado a dicho lugar, desconociendo el paradero de sus familiares.
3. El 8 de agosto de 2012 la hermana de la víctima V3, mediante correo electrónico solicitó la intervención de esta Comisión Nacional por la privación de la libertad y desaparición de los tres jóvenes, agregando que los padres ya habían dado parte a las autoridades el 23 de julio de ese mismo año.
4. El 23 de agosto de 2012 el padre de V3 externó a esta Comisión Nacional su inconformidad con la actuación de la Procuraduría de Justicia del Estado de Michoacán (Procuraduría Estatal), al considerar que existían dilación e irregularidades en la investigación abierta en torno a la desaparición de su hija.
5. Del mismo modo, el 5 de septiembre de 2012, los padres de V1 y la madre de V2 coincidieron en señalar ante esta Comisión Nacional que la actuación de la Procuraduría Estatal resultaba insuficiente para lograr la localización de sus familiares, consideraron también que la Procuraduría General de la República (PGR) tampoco era eficiente en sus actuaciones en el esclarecimiento de los hechos y la búsqueda de las víctimas.

6. Con motivo de lo anterior, esta Comisión Nacional recopiló, investigó y determinó que en el presente asunto se violaron los derechos humanos de acceso a la justicia en su modalidad de procuración de justicia y a la verdad atribuibles a servidores públicos de la Procuraduría Estatal y de la PGR.

Respecto a la Procuraduría Estatal

7. Es de mencionarse que el Acta Circunstanciada 1, Acta Circunstanciada 2 y Averiguación Previa 1, se iniciaron casi de manera simultánea en diversas Agencias del Ministerio Público de esa Procuraduría, en fechas 24 de julio de 2012, 25 de julio de 2012 y 25 de julio de 2012, respectivamente, la Averiguación Previa 1 el 26 de julio de 2012 por incompetencia pasó a ser la Averiguación Previa 2, sin embargo, no obstante que se trataba de los mismos hechos a investigar, la acumulación de éstas, concretamente del Acta Circunstanciada 2, se generó hasta seis meses después. Se hace tal señalamiento en virtud de que tal diversidad de expedientes abiertos en investigación de los mismos hechos, sin que se promueva su acumulación, lejos de propiciar cohesión y uniformidad en las acciones emprendidas por los representantes sociales, genera que la investigación se divida, que las líneas trazadas no converjan sobre un mismo propósito, y en muchas ocasiones que las actuaciones ministeriales se vuelvan repetitivas y por ende infructuosas.

8. La investigación sobre la desaparición de V1, V2 y V3 no fue diligente y no se asumieron responsablemente las atribuciones investigadoras que le asisten a los Ministerios Públicos, apreciando un actuar negligente y sin la debida celeridad y exhaustividad que ameritaban los hechos, sobre todo para adoptar las medidas oportunas y necesarias que conllevaran a la determinación del paradero de las víctimas (personas desaparecidas). No se observó, como parte del deber de investigar, que se iniciara una búsqueda seria y pertinaz de las víctimas.

9. Este Organismo Nacional observó que la actuación de los agentes ministeriales estatales AR1, AR2 y AR3, en la integración del Acta Circunstanciada 1, Acta Circunstanciada 2, Averiguación Previa 1 y Averiguación Previa 2, que concluyó el 22 de mayo de 2013, al enviarse el expediente a la PGR conforme a la facultad de atracción de ésta última fue insuficiente y no reflejó la existencia de un marco mínimo necesario en materia de acceso a la justicia en la modalidad de procuración de justicia y atención a víctimas, pues a la fecha V1, V2 y V3 continúan desaparecidos. En los cerca de los diez meses que las investigaciones estuvieron a cargo de la Procuraduría Estatal a la par que las de la PGR, fue notoria la ineficiencia e ineficacia de los Representantes Sociales para esclarecer los hechos, determinar la responsabilidad penal de los implicados, pero, sobre todo, en la ubicación de las personas desaparecidas, generando a la fecha que los hechos estén impunes.

Respecto a la PGR

10. Las irregularidades en la integración de los expedientes ministeriales radicados en la PGR consistieron, principalmente, en que diversos agentes del Ministerio Público de la Federación responsables de las investigaciones, AR4, AR5 y AR6, omitieron realizar de manera oportuna las diligencias necesarias para la correcta y pronta integración de las mismas en aras del esclarecimiento de los hechos en que V1, V2 y V3 fueron privados ilegalmente de la libertad, así como, para la inmediata búsqueda y localización de las personas desaparecidas.

11. Esta Comisión Nacional ha insistido que las primeras horas y los primeros días inmediatos a la desaparición de una o varias personas resultan trascendentales para la implementación de medidas y acciones tendentes a su búsqueda y localización, bajo la premisa de que las víctimas privadas ilegalmente de su libertad se encuentran con vida. Sin embargo, en el caso que nos ocupa fue hasta el 9 de octubre de 2012, después de más de dos meses de iniciada la investigación ministerial, que la Ministerio Público de la Federación AR4 solicitó al encargado de la Delegación de la PGR en el Estado de Michoacán, que por su conducto se diera intervención a la Coordinación de Servicios Periciales de la PGR para que se estableciera y determinara una estrategia especial para llevar a cabo la búsqueda de V1, V2 y V3, después de un aplazamiento concedido, por fin, el 13 de marzo

de 2013 se iniciaron los trabajos relativos al plan de búsqueda, casi a ocho meses de la desaparición de las víctimas directas.

12. El derecho de acceso a la justicia implica necesariamente el total esclarecimiento de los hechos que se investigan y en su caso, la determinación de las respectivas responsabilidades penales en un tiempo razonable, lo cual significa que los retardos prolongados puedan convertirse en una transgresión al debido proceso. No cabe duda que todas las omisiones, demoras y las actuaciones a destiempo por parte de la autoridad investigadora van desatando una serie de dificultades que impiden una búsqueda efectiva de la persona desaparecida y la realización de una investigación seria y profesional.

13. En el presente caso, son incuestionables las acciones emprendidas por las autoridades investigadoras que han tenido a su cargo el esclarecimiento de los hechos; sin embargo, no puede dejar de señalarse que dicha actividad ministerial se ha visto inmersa en dilaciones, en una desproporción de plazos o términos y en el retraso para la ejecución de esas acciones, lo que se traduce hoy en día en que a más de seis años de iniciada la investigación no haya resultados satisfactorios, ya sea en cuanto a la localización de las personas desaparecidas y por lo que hace al procesamiento de los responsables. Si bien es cierto, como ya se dijo, hubo una constante en la actuación de la Ministerio Público de la Federación AR6 respecto al impulso de acciones tendentes al esclarecimiento de los hechos y a la búsqueda de las personas desaparecidas, también lo es que la consumación de tales acciones se dio en muchas ocasiones con dilación, es decir, su realización tuvo lugar meses o años después de iniciadas las investigaciones cuando nada impedía que se practicaran de manera oportuna, AR6 tuvo a su cargo la Averiguación Previa 4, de agosto de 2013 a julio de 2017, casi cuatro años.

14. No se puede desvincular la actuación omisiva y las dilaciones señaladas con la imposibilidad hasta ahora de determinar la suerte de las personas desaparecidas, así como tampoco el plazo excesivo en que se ha desarrollado la investigación.

15. Este Organismo Nacional estima que la actuación de las agentes del Ministerio Público de la Federación AR4, AR5 y AR6 en la integración del Acta Circunstanciada 3, Averiguación Previa 3 y Averiguación Previa 4, ha sido deficiente y no refleja la existencia de un marco mínimo necesario en materia de acceso a la justicia en la modalidad de procuración de justicia y a la verdad, pues a la fecha de la emisión de la presente Recomendación no se ha consignado al o los probables responsables de los actos ilícitos cometidos en contra de las personas desaparecidas, pero, sobre todo, no se ha logrado ubicar su paradero, manteniendo a las víctimas indirectas sin conocer la verdad de lo sucedido y en un estado de incertidumbre al desconocer la suerte de sus familiares. Si bien no es ajeno para esta Comisión Nacional que se han aperturado diversas líneas de investigación relacionadas con los hechos, las mismas han sido insuficientes para el esclarecimiento de los acontecimientos y la localización de V1, V2 y V3, generando que a la fecha los hechos se mantengan impunes.

Respecto de la PGR y la Procuraduría Estatal

Derecho de acceso a la justicia

16. Es evidente que los Representantes Sociales Federales y del fuero común que intervinieron, indistintamente, en el Acta Circunstanciada 1, Acta Circunstanciada 2, Acta Circunstanciada 3, Averiguación Previa 1, Averiguación Previa 2, Averiguación Previa 3 y Averiguación Previa 4, no han garantizado un acceso a la justicia a V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10 y V11, en razón de haber incurrido en omisiones, dilación injustificada, deficiencia e irregularidades en su integración, lo cual ha traído como consecuencia que hasta la fecha no se conozca la verdad de lo sucedido. Las deficientes investigaciones han ocasionado que hasta la fecha no se haya detenido a los probables responsables que intervinieron en la privación ilegal de la libertad de V1, V2 y V3, y que los hechos permanezcan impunes.

17. La ineficiencia en las investigaciones ha favorecido la victimización secundaria de los familiares de V1, V2 y V3, al no obtener respuestas oportunas de la autoridad ministerial, puesto que a pesar de que las víctimas indirectas han suministrado constantemente información para la búsqueda de sus descendientes, las autoridades no han actuado con la prontitud y eficiencia que el caso requiere, frustrando sus expectativas para conocer la verdad de los hechos, además de que el largo procedimiento de investigación por más de seis años, sin tener resultados positivos, ha producido incertidumbre y desconfianza para con la Representación Social de la Federación que tiene a su cargo la investigación, y ha aumentado los efectos negativos de la victimización secundaria, ya que las víctimas indirectas se sienten desprotegidas y vulneradas ante lo inoperante de las investigaciones hasta ahora realizadas.

Procuración de justicia

18. Esta Comisión Nacional considera que existe una inadecuada procuración de justicia en aquellos casos en que los servidores públicos encargados de la investigación y persecución de los delitos no actúan con la debida diligencia, omiten realizar las acciones pertinentes para el esclarecimiento de los hechos delictivos o las realizan de manera deficiente, generando que los hechos denunciados continúen impunes, como ha quedado evidenciado en el presente asunto.

Derecho a la verdad

19. Las víctimas, sus familiares y la sociedad tienen derecho a la verdad para conocer las causas, hechos, motivos, identidad, localización, detención y procesamiento de los perpetradores de las violaciones a sus derechos humanos, por tanto, este derecho conlleva una íntima relación con el derecho a la procuración de justicia, ya que no es posible conocer la verdad sin antes haber efectuado una investigación exhaustiva conforme a derecho.

RECOMENDACIONES

A usted señor Subprocurador Jurídico y de Asuntos Internacionales, en suplencia del Procurador General de la República:

PRIMERA. Se instruya a quien corresponda, para que en coordinación con la Procuraduría Estatal y la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se brinde a V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11 y demás familiares que en derecho proceda, una reparación del daño conforme a la Ley para la atención y protección a las víctimas u ofendidos del delito del Estado de Michoacán de Ocampo y la Ley General de Víctimas, derivada de la violación a los derechos humanos precisados en la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se instruya a quien corresponda a efecto de que se continúe con la debida integración y perfeccionamiento de la Averiguación Previa 4 y sus acumuladas, para que se agoten las líneas de investigación de manera diligente, eficaz y eficiente, misma que actualmente se encuentra en trámite, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se giren de forma inmediata las debidas instrucciones a quien corresponda a efecto que se adopten de manera inmediata todas aquellas acciones y medidas que permitan la búsqueda y localización de V1, V2 y V3, impulsando para ello, la mayor coordinación institucional que proceda tomando como referencia los acuerdos adoptados en el Consejo Nacional de Seguridad y en las Conferencias Nacionales de Procuración de Justicia, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Diseñar e impartir un curso integral a los Agentes del Ministerio Público de la Federación, personal de servicios periciales y policías federales ministeriales, sobre capacitación y formación de derechos humanos, específicamente en materia de desaparición de personas y atención victimológica, en particular a los adscritos a la Delegación de la PGR en Michoacán y a la Fiscalía Especializada en Investigación de los Delitos de Desaparición Forzada, que incluya lineamientos para la debida diligencia de las investigaciones acorde a los estándares internacionales, la aplicación de la Ley General en Materia de Desaparición Forzada de Personas, Desaparición Cometida por Particulares y del Sistema Nacional de Búsqueda de Personas, y el Protocolo homologado para la búsqueda de personas desaparecidas y la investigación del delito de desaparición forzada, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento en un plazo máximo de seis meses.

QUINTA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control de la PGR contra AR4, AR5 y AR6 involucrados en los hechos de la presente Recomendación, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Se contribuya debidamente en la integración de la indagatoria que se inicie con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de la República por ser AR4, AR5 y AR6 servidores públicos federales, y remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos las constancias que acrediten dicha colaboración.

SÉPTIMA. Gire instrucciones a quien corresponda para que se incorpore copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales y personales de AR4, AR5 y AR6, a efecto de que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron en agravio de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10 y V11, debiendo enviar las constancias de su cumplimiento.

OCTAVA. Se designe al servidor público que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

A usted señor Gobernador Constitucional del Estado de Michoacán:

PRIMERA. Instruya a quien corresponda para que en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y la Procuraduría General de la República se brinde a las víctimas indirectas V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11 y demás familiares que en derecho proceda, una reparación del daño conforme a la Ley para la atención y protección a las víctimas u ofendidos del delito del Estado de Michoacán de Ocampo y la Ley General de Víctimas, derivada de la violación a los derechos humanos precisados en la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Diseñar e impartir un curso integral a los Agentes del Ministerio Público, personal de servicios periciales y policías ministeriales, sobre capacitación y formación de derechos humanos, específicamente en materia de desaparición de personas y atención victimológica, que incluya lineamientos para la debida diligencia de las investigaciones acorde a los estándares internacionales, la aplicación de la Ley General en Materia de Desaparición Forzada de Personas, Desaparición Cometida por Particulares y del Sistema Nacional de Búsqueda de Personas, y el Protocolo homologado para la búsqueda de personas desaparecidas y la investigación del delito de desaparición forzada, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento en un plazo máximo de seis meses.

TERCERA. Se coadyuve con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno del Control de la Procuraduría Estatal, contra AR1, AR2 y AR3, involucrados en los hechos de la presente Recomendación, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se colabore debidamente en la integración de la indagatoria que se inicie con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de Justicia del Estado de Michoacán, por ser AR1, AR2 y AR3, servidores públicos estatales, y remita a esta Comisión Nacional las constancias que lo acrediten.

QUINTA. Gire instrucciones a quien corresponda para que se incorpore copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales y personales de AR1, AR2 y AR3, a efecto de que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, en agravio de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10 y V11, debiendo enviar las constancias de su cumplimiento.

SEXTA. Se designe al servidor público que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

TIEMPO DE TRAMITACIÓN EN LA CNDH:

18 de octubre de 2012 al 15 de noviembre de 2018 (6 años, 28 días)

ESTADO:

Pendiente de aceptación.

Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la seguridad jurídica, a la legalidad y al debido proceso, en agravio de V1 y V2

Ciudad de México, a 21 de noviembre de 2018

AUTORIDADES RESPONSABLES: Comisionada Presidenta de la Comisión Federal
de Competencia Económica (COFECE).
Comisionado de la COFECE.

PROCEDIMIENTO: Expediente de Queja

SÍNTESIS DE LOS HECHOS

El 15 y 16 de noviembre de 2017, se recibieron las quejas que presentaron V1 y V2, en las que manifestaron que derivado de las opiniones y pronunciamientos emitidos por personal de la COFECE, con motivo del trabajo titulado “Leyes estatales del Notariado”, que resultó ganador del “Premio para identificar el obstáculo más absurdo para competir y emprender 2016-2017”, se afectó la imagen pública de los Notarios Públicos, las cuales se emitieron sin seguir alguno de los procedimientos previstos en la Ley Federal de Competencia Económica (LFCE).

La COFECE al rendir su informe indicó que las opiniones vertidas por AR1 y AR2 fueron realizadas a título personal, en ejercicio de su libertad de expresión, y derivadas del concurso en cuestión, y no de alguno de los procedimientos previstos en la LFCE.

DERECHOS VULNERADOS

Al debido proceso, a la legalidad y seguridad jurídica de V1 y V2, atribuibles a AR1 y AR2, Comisionados de la COFECE.

OBSERVACIONES

La Comisión Nacional acreditó que con el actuar de los Comisionados de la COFECE se transgredieron los derechos al debido proceso y a la legalidad y seguridad jurídica de V1 y v2, puesto que la COFECE fijó una postura institucional al hacer suyos los argumentos del trabajo ganador y formular consideraciones y señalamientos adicionales sin seguir los mecanismos o procedimientos establecidos en la Ley Federal de Competencia Económica (LFCE) y no dar oportunidad a V1 y V2 de realizar manifestaciones o aportar información.

Esta Comisión Nacional no se pronuncia sobre la pertinencia de los comentarios ni de las propuestas formuladas con motivo del tema abordado en el trabajo ganador del concurso, ya que los comisionados de la COFECE tienen el derecho de expresarse sobre la materia que les compete, pero al hacerlo debieron ajustarse a lo establecido en la LFCE.

La Comisión Nacional no cuestiona el concurso convocado por COFECE, ya que encuadra en las actividades de promoción y divulgación que la LFCE le reconoce, para que los participantes realicen trabajos encaminados a analizar aspectos relacionados con la actividad de esa institución.

RECOMENDACIONES

CC. Integrantes del H. Pleno de la COFECE:

PRIMERA. Girar las instrucciones correspondientes para que, en un plazo no mayor a los 30 días siguientes al de la aceptación, en su caso, de la presente Recomendación, se emita una circular dirigida al personal de la COFECE para que, en temas de su competencia, en los que puede haber afectación a terceros y respetando la libertad de expresión, se observen los procedimientos establecidos en la LFCE, y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Girar las instrucciones correspondientes para que, en un plazo no mayor a los 30 días siguientes al de la aceptación, en su caso, de la presente Recomendación, se publique en el portal oficial de internet de la COFECE la circular referida en el punto recomendatorio anterior, con el señalamiento de que toda actuación del personal de COFECE debe cumplir con la legalidad procedimental que corresponda.

TERCERA. Se diseñe e imparta, en el plazo no mayor a los seis meses, un curso integral al personal de la COFECE en materia de derechos humanos. El contenido del curso deberá estar disponible en formato electrónico y en línea para que pueda ser consultados con facilidad, y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Designar de manera particular a la persona servidora pública que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional tal circunstancia.

TIEMPO DE TRAMITACIÓN EN LA CNDH:

15 de noviembre de 2017 a 21 de noviembre de 2018 (1 año, 6 días)

ESTADO:

Pendiente de aceptación.

Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y pérdida de la vida de 14 personas recién nacidas, así como al acceso a la información en materia de salud de sus representantes legales, como de nueve personas más, por omisiones en el personal médico y una inadecuada atención sanitaria en el Hospital General Regional Núm. 1 del IMSS, en Culiacán, Sinaloa

Ciudad de México, a 21 de noviembre de 2018

AUTORIDAD RESPONSABLE: Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

PROCEDIMIENTO: Expediente de Queja

SÍNTESIS DE LOS HECHOS

1. El 16, 17, 19, 20 y 21 de septiembre de 2015, se publicaron notas periodísticas por el fallecimiento de diversas personas recién nacidas en el Hospital Regional Núm. 1.
2. Del 31 de agosto al 21 de septiembre de 2015, una infección en el área de “cuneros” ocasionó el deceso de 14 personas, a cuatro se les detectó “*klebsiella pneumoniae*” y el resto aconteció por asociación a dicho “brote de infección nosocomial”, por haber compartido lugar, tiempo y causas de muerte en dicho período, el IMSS reportó que de 84 personas recién nacidas expuestos a dicho “brote”, 69 fueron dados de alta.
3. La Comisión Nacional radicó el expediente CNDH/1/2015/7709/Q y el 22 de septiembre de 2015, se constituyó en el lugar, donde V2, V6, V9, V13 y V16 comunicaron que el deceso “se debió a una bacteria o sepsis”.
4. El 24 de septiembre de 2015, la COFEPRIS determinó que el Hospital Regional Núm. 1 contaba con factores de riesgo como falta de limpieza, ropa de cama, pacientes y personal de salud, capacitación (lavado y sanitización de manos), deficiente mantenimiento, limpieza de insumos, en preparación de alimentos y soluciones.
5. El 24 y 25 de septiembre de 2015, la entonces Procuraduría General de Justicia del Estado de Sinaloa y la PGR iniciaron de oficio, la Averiguación Previa 1 y el Acta Circunstanciada, respectivamente.
6. El 25 de septiembre de 2015, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa remitió la queja del 23 de V16 y V17, la cual se acumuló al expediente que nos ocupa. El 28 remitió el escrito de queja de V22 y V23, el que se radicó como CNDH/1/2015/8014/Q y, el 1 de octubre de 2015 remitió el escrito de queja de V19, el cual se radicó como expediente CNDH/4/2015/8215/Q.
7. El 2 de octubre de 2015, el Ministerio Público de la Federación elevó el Acta Circunstancia a Averiguación Previa 2 y, el 19 de ese mismo mes y año, la entonces Procuraduría General de Justicia de Sinaloa declinó competencia de la Averiguación Previa 1 a la PGR en razón de materia.

8. El 21 de enero de 2016, V27 hizo del conocimiento de este Organismo Nacional, el fallecimiento de VRN24 y VRN26, por lo que se radicó el expediente de queja CNDH/1/2016/1305/Q y el 25, V31 presentó queja a través de la página web, la que se radicó como CNDH/1/2016/796/Q.

9. El 29 de enero de 2016, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas remitió los escritos de queja de V31, V34, V37, V39, V42, V45, V48, V50, V53 y V56 por el fallecimiento de sus hijos y el 17 de febrero de 2016, V59 y V60 se inconformaron con la atención médica otorgada a VRN58.

10. En los expedientes CNDH/1/2015/8014/Q, CNDH/4/2015/8215/Q, CNDH/1/2016/796/Q y CNDH/1/2016/1305/Q existe conexidad en hechos, probables derechos humanos vulnerados e identidad de la autoridad responsable, por lo que se acordó su acumulación al número CNDH/1/2015/7709/Q.

DERECHOS VULNERADOS

- 11. Derecho humano a la protección de la salud.
- 12. Al derecho humano a la vida.
- 13. Al principio de interés superior de la niñez.
- 14. Acceso a la información en materia de salud.

OBSERVACIONES

A. Derecho humano a la protección de la salud

15. El artículo 4o. constitucional reconoce el derecho a persona a la protección de la salud.

Consideraciones preliminares

16. La OMS establece como causas de la mortalidad neonatal a nivel mundial: partos prematuros, asfixia e infecciones graves como “sepsis” y neumonía; define a la persona recién nacida, como “niño que tiene menos de 28 días”, y en cuanto a las personas prematuras, señala que su organismo no está plenamente desarrollado, lo que puede provocarles problemas de respiración y complicaciones como infecciones y entre sus factores de riesgo señala: edad gestacional, peso bajo, baja calificación de Apgar, como principal causa de morbilidad y mortalidad, el síndrome de dificultad respiratoria “SDR”, seguido de “apnea del prematuro” (obstruye las vías respiratorias), “acidosis metabólica” (función renal limitada), “enterocolitis necrotizante, ECN” (enfermedad aguda del intestino con necrosis). Las infecciones nosocomiales, están interrelacionadas con “sepsis”, bacteriemia, choque séptico, entre otras y el recién nacido con ésta puede evolucionar al choque séptico, daño orgánico terminal y muerte.

“Brote de infección nosocomial” en el área de “cunero patológico”

17. El 22 de septiembre de 2015, personal de este Organismo Nacional se constituyó en el Hospital Regional Núm. 1, donde indicaron que hubo once fallecimientos de personas prematuras entre otros diagnósticos, que como medida preventiva se desalojó el “cunero patológico”, se reubicó a quienes requerían hospitalización en la UCIN y la COFEPRIS tomó muestras de agua y aire acondicionado entre otras las cuales envió al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en el recorrido se advirtió que el área de “cuneros patológicos” estaba vacía y que las condiciones de limpieza no eran óptimas.

18. El 24 de agosto de 2016, el IMSS informó que hubo una bacteriemia “sepsis” relacionada con “*klebsiella pneumoniae*”, en el área del “cunero patológico” del 31 de agosto al 17 de septiembre de 2015.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61 por omisión del llenado de la “hoja de registro de infección nosocomial”.

19. VRN1, hija de V2. Nació mediante cesárea a las 16:25 horas del 1 de septiembre de 2015, femenino, 2,095 gramos, Apgar 8/9 y Silverman-Andersen 1/1, con diagnóstico de: “[...] síndrome de dificultad respiratoria, probable taquipnea transitoria del recién nacido vs. síndrome de adaptación pulmonar”, ingresó al “servicio de cunas” para vigilancia; el 8, AR14 la reportó muy grave, presentó dos paros cardiorrespiratorios, continuó con sangrado, “acidosis metabólica severa”, presentó un tercer paro cardiorrespiratorio y se declaró como hora de su deceso las 18:25 y como causas de muerte: “shock mixto, hemorragia pulmonar, sangrado de tubo digestivo y sepsis neonatal”. AR19 y AR14 omitieron notificar a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria o su equivalente que VRN1 cursaba con proceso infeccioso.

20. VRN4, hijo de V6. Nació a las 16:55 horas del 20 de agosto de 2015 mediante cesárea, producto gemelar I, masculino, 810 gramos, Apgar 6/8 y Silverman-Andersen 0/0, con diagnóstico de: “[...] desnutrición severa en útero, apnea secundaria [...]”, ingresó al “servicio de cunas” donde AR18 lo reportó con datos de dificultad respiratoria leve y riesgo de “sepsis” por maniobras de reanimación. El 21, se le colocó un catéter venoso percutáneo y los resultados de laboratorio lo reportaron con trombocitopenia (disminución de plaquetas).

21. El 25 de agosto de 2015 presentó disminución de leucocitos y plaquetas, por lo que, AR14 le ajustó antibióticos, por la noche AR18 solicitó su vigilancia por “sepsis temprana” a pesar de que el hemocultivo resultó negativo, pidió radiografía de abdomen para descartar “enterocolitis necrotizante”. AR18 y AR20 omitieron llenar la “hoja de registros de casos de infección nosocomial”, máxime que a pesar del manejo médico evolucionó al deterioro, y a las 05:50 horas del 1 de septiembre de 2015 presentó paro respiratorio y SP8 estableció como causa de su deceso “sepsis neonatal severa, prematuridad y embarazo gemelar”.

22. VRN5, hijo de V6. Nació a las 16:57 horas del 20 de agosto de 2015, mediante cesárea, producto gemelar II, masculino, 1,550 gramos, Apgar 8/9 y Silverman-Andersen 0/0, con diagnóstico de: “[...] desnutrido en útero”, ingresó al “servicio de cunas”, donde AR18 lo reportó con discreta elevación de leucocitos, plaquetas e hipoglucemia, lo cual se corrigió.

23. El 26 de agosto de 2015, AR14 presentó dificultad respiratoria y solicitó vigilancia por hemorragia en algunas zonas cerebrales secundarias a su prematuridad; el 30, AR18 ordenó reiniciara la estimulación enteral; el 1 de septiembre, AR14 indicó que presentaba disminución de plaquetas, por lo que el 2, AR14 solicitó nueva radiografía de tórax, y a las 18:00 horas, AR16 lo diagnosticó con “sepsis neonatal tardía sin germen aislado” y el 3, SP1 lo diagnosticó con enterocolitis necrotizante en estadio I, misma fecha en la que AR16 lo reportó con “trombocitopenia severa”.

24. El 4 de septiembre de 2015, AR18 lo diagnosticó con “sepsis severa” con respuesta inflamatoria sistémica con alto riesgo de complicaciones; el 5, AR23 y AR27 le colocaron un catéter venoso central, sin embargo, el 6, AR21 indicó que presentaba “sepsis severa” y períodos frecuentes de apneas, fontanela tensa y con alcalosis metabólica compensada.

25. El 8 de septiembre de 2015 cayó en paro cardíaco sin respuesta, AR14 declaró como hora de su deceso las 2:22 horas y estableció como causas de su muerte “hemorragia pulmonar, choque séptico, sepsis y recién naci-

do desnutrido en útero”. A pesar de que AR16, AR21 y AR27 lo diagnosticaron con proceso infeccioso, omitieron llenar la “Hoja de registros de casos de infección nosocomial” para la notificación correspondiente.

26. VRN8, hijo de V9. Nació a las 17:42 horas del 29 de agosto de 2015, mediante cesárea, masculino, 2,150 gramos, Apgar 8/9 y Silverman Andersen 3/3, con diagnóstico de “[...] síndrome de dificultad respiratoria en evolución”, ingresó al “servicio de cunas”, donde AR22 lo diagnosticó con “síndrome dismórfico en pared torácica con tórax en quilla y deformidad en hemitórax izquierdo”; el 30 de agosto de 2015, AR18 lo reportó con hipoglucemia severa e hiperkalemia (aumento de potasio en la sangre) y el 4, AR14 lo reportó con datos de “sepsis”, requirió manejo en la UCIN ante la inestabilidad con tendencia al deterioro.

27. El 5 de septiembre de 2015, AR23 indicó nutrición parenteral y vigilancia estrecha; el 7 de ese mismo mes y año, AR14 lo intubó, le modificó el esquema de antibióticos por hipoxia severa, saturación de oxígeno de 65 %, taquicardia y mal llenado capilar, reportándolo muy grave con alto riesgo de complicaciones a corto plazo y el 8, presentó choque séptico y falla orgánica múltiple. AR14 y AR23 omitieron notificar que presentaba “sepsis”. El 9 cayó en paro cardiorrespiratorio revertido pero a las 02:10 presentó otro, por lo cual AR16 estableció como causas de su lamentable fallecimiento “choque mixto y sepsis severa”.

28. VRN11, hijo de V13. Nació a las 3:25 horas del 19 de agosto de 2015, mediante cesárea, embarazo gemelar I, masculino, 1,250 gramos, Apgar 8/9 y Silverman Andersen 1/1, ingresó al “servicio de cunas”, donde AR21 lo diagnosticó con “[...] síndrome de dificultad respiratoria y prematuridad extrema” y lo reportó con hipotermia. El 25, AR18 ordenó una radiografía de abdomen por posible enterocolitis necrotizante “ENC” y estudios de laboratorio para descartar “sepsis neonatal”; el 31, AR16 lo reportó con “acidosis metabólica descompensada”, mala perfusión tisular, respiraciones periódicas, coloración terrosa-ictérica, apnea obstructiva con salida de material “cafesoso” espeso; a las 17:15 horas, AR16 lo reportó con trombocitopenia grave, leucocitosis, hiperbilirrubinemia e hiperglucemia, ordenó su traslado a la UCIN y cinco minutos posteriores, AR24 y AR25 lo reportaron grave, con signos clínicos y alteraciones hematológicas sugestivas de “sepsis”.

29. El 1 de septiembre de 2015, AR26 indicó que falleció a las 10:00 horas y estableció como causas del deceso: “insuficiencia respiratoria, probable enterocolitis, sepsis neonatal tardía, sangrado de tubo digestivo alto y choque séptico”. AR24, AR25 y AR26 omitieron llenar la “hoja de registros de casos de infección nosocomial”.

30. VRN12, hijo de V13. Nació a las 3:27 horas del 19 de agosto de 2015, mediante cesárea, embarazo gemelar II, fecundación in vitro, masculino, peso 1,375 gramos Apgar 8/9 y Silverman Andersen 1/1, ingresó al “servicio de cunas”, donde AR21 lo diagnosticó con: “[...] peso adecuado para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria y prematuridad extrema”, AR14, le colocó oxígeno por casco y ordenó su vigilancia estrecha ante el riesgo de que presentara algún proceso inflamatorio sistémico.

31. Días subsecuentes inició la vía oral con leche materna por sonda orogástrica, sin embargo, el 30 de agosto de 2015, AR17 lo diagnosticó con “sepsis sin germen aislado”, ordenó su ingreso a la UCIN con alto riesgo de muerte. A las 19:30 horas presentó nuevo sangrado pulmonar que evolucionó con deterioro hemodinámico y paro cardiorrespiratorio, por lo cual AR17 lo declaró fallecido a las 20:20 horas y estableció como causas de su lamentable deceso: “hemorragia pulmonar masiva, coagulación intravascular diseminada y choque séptico”. AR17 omitió llenar la “hoja de registros de casos de infección nosocomial”.

32. VRN15, hijo de V16. Nació a las 16:55 horas del 30 de agosto de 2015, mediante cesárea, masculino, 1,450 gramos, Apgar 8/9 y Silverman Andersen 2/2, se le diagnosticó con “[...] peso bajo para la edad gestacional, desnutrido *in útero*, riesgo de infección por ruptura prematura de membranas”, ingresó al “servicio de cunas”; el 2 de septiembre, AR21 integró a su diagnóstico enterocolitis necrotizante “ECN estadio I” y le colocó una sonda orogástrica abierta y el 4 de ese mes y año, AR18 lo reportó con datos de “sepsis neonatal temprana”.

33. El 5 de septiembre de 2015, AR23 le colocó un catéter percutáneo y el 8, AR16 le colocó un “CPAP nasal” ante el riesgo de que progresara la dificultad respiratoria y solicitó concentrados plaquetarios. El 10 de septiembre de 2015, AR14 le realizó un hemocultivo y radiografía de abdomen, por lo que, el 12, AR30 lo reportó con datos clínicos y bioquímicos de “sepsis”, situación que notificó a través de la “hoja de registros de casos de infección nosocomial”, lo cual omitieron AR14, AR16, AR18 ni AR23. Perdió la vida el 13 de septiembre de 2015, a las 04:15 horas y AR27 estableció como causas de su muerte: “choque séptico, enterocolitis necrotizante y sepsis temprana”.

34. VRN18, hijo de V19, nació a las 03:40 horas del 9 de septiembre de 2015, mediante parto eutócico, masculino, 2,450 gramos, Apgar 7/8 y Silverman Andersen 2/3, se le diagnosticó con: “[...] síndrome de dificultad respiratoria probable enfermedad de membrana hialina”, ingresó al “servicio de cunas” donde AR19 lo reportó en malas condiciones generales. El 11 de septiembre de 2015, AR18 lo reportó con “sepsis neonatal”, AR14 indicó que presentó datos de falla renal y desequilibrio hidroelectrolítico, cuyo hemocultivo resultó negativo.

35. El 12 de septiembre de 2015, AR28 lo extubó e inició la fase II de ventilación con colocación de “CPAP” nasal. AR14, AR18 y AR28 omitieron notificar a través de la “Hoja de registros de casos de infección nosocomial”.

36. El IMSS informó que el 13 de septiembre de 2015 presentó paro cardiorrespiratorio con hora de defunción a las 5:53 horas y causas de su muerte: “enfermedad de la membrana hialina, prematuridad, sepsis severa e hiperbilirrubinemia”.

37. VRN21, hijo de V22. Nació a las 21:29 horas del 30 de agosto de 2015, mediante “intraparto” por preeclampsia severa, diabetes mellitus tipo 2 e infección de vías urinarias materna activa, masculino, 1,790 gramos, Apgar 8/9 y Silverman Andersen 1/1, ingresó al “servicio de cunas” donde AR18 lo diagnosticó con “[...] peso bajo para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria y riesgo de sepsis por infección de vías urinarias materna activa”.

38. El 1 de septiembre de 2015, presentó “poliglobulia” (aumento de los glóbulos rojos), AR16 solicitó se le dejara en ayuno con sonda orogástrica abierta y fototerapia, el 2 de ese mes y año, AR16 lo reportó estable dentro de su gravedad y AR21 le indicó doble esquema de antibióticos. Aun cuando AR16 y AR18 realizaron modificaciones a su tratamiento omitieron notificar en la “Hoja de registros de casos de infección nosocomial” que tenía datos clínicos de “sepsis”. VRN21 falleció a las 06:00 horas del 3 de septiembre de 2015 y AR16 estableció como causa de su lamentable fallecimiento, “choque séptico y poliglobulia”.

39. VRN24, hijo de V27. Nació a las 11:15 horas del 3 de septiembre de 2015, mediante cesárea, producto de embarazo múltiple, trillizo I, masculino, 1,815 gramos, Apgar 8/9 y Silverman Andersen 2/2, se le diagnosticó con “[...] síndrome de dificultad respiratoria pb tipo 1, riesgo de sepsis por infección de vías urinarias materna”, ingresó al “servicio de cunas” donde AR16 lo reportó en regulares condiciones, ayuno, sonda orogástrica “SOG” a gravedad.

40. En días subsecuentes se le manejó con fototerapia, evolucionó con signos vitales normales y el 10 de septiembre, AR14 lo reportó con foco infeccioso, el 11 de septiembre de 2015, AR16 le colocó intubación orotraqueal, ventilación mecánica y un catéter venoso central percutáneo y solicitó su valoración por terapia intensiva neonatal; el 12, AR28 lo reportó hemodinámicamente muy inestable, signos vitales fuera de rangos normales, taquicardia, pálido, tensión arterial imperceptible, hipoactivo, hiporreactivo, abdomen muy distendido, gasto por sonda orogástrica con características en pozos de café, extremidades con llenado capilar de 4 segundos e inició manejo con aminos. AR14, AR16 y AR28 omitieron la notificación a través de la “Hoja de registros de casos de infección nosocomial” de que cursaba con infección nosocomial, probable “sepsis”.

41. El 14 de septiembre de 2015, AR18 lo refirió con hemorragia pulmonar, presentó bradicardia seguida de un paro cardíaco y falleció a las 02:20 horas y se establecieron como causas de su defunción: “choque séptico, sepsis neonatal tardía y enterocolitis necrotizante”.

42. VRN26, hijo de V27. Nació a las 11:19 horas del 3 de septiembre de 2015, mediante cesárea, producto de embarazo múltiple, trillizo III, masculino, 1,500 gramos, Apgar 8/9 y Silverman-Andersen 2/2. En “cuneros” AR16 lo diagnosticó con “[...] riesgo de sepsis por infección de vías urinarias materna activa”; el 4 de septiembre de 2015, AR19 lo reportó con discreta elevación de leucocitos e hipoglucemia, leve infiltrado reticular compatible con taquipnea transitoria del recién nacido, lo que ameritó su vigilancia estrecha.

43. El 5 de septiembre de 2015, AR33 lo reportó con deterioro respiratorio y debido a que presentó “acidosis mixta severa”, le dieron manejo con solución cristaloide y se le colocó una sonda orogástrica “SOG” abierta y un “CPAP” nasal; el 6, AR21 lo reportó muy grave con alto riesgo de requerir fase III de ventilación y, el 11 de ese mismo mes y año, AR18 le retiró “CPAP nasal” y lo dejó con oxígeno por casco cefálico con incremento progresivo.

44. El 14 de septiembre de 2015, AR14 presentó elevación de “leucocitos, plaquetopenia y PCR elevada”; y al día siguiente, AR22 lo reportó con respuesta inflamatoria sistémica, sin que contara con reporte del hemocultivo; el 17, AR29 le colocó un catéter central por venodisección en la vena yugular interna izquierda, misma fecha en que presentó apnea de 20 a 30 segundos, bradicardia de 100 latidos por minuto, cambios de coloración, cianosis y desaturación al 87 %, lo que ameritó su manejo con ventilación.

45. El 20 de septiembre de 2015, VRN26 ingresó a la UCIN, donde AR15 lo reportó con choque séptico y datos francos de choque con antecedente infeccioso y deterioro con trombocitopenia persistente; el 21, AR30 señaló que presentó paro cardiorrespiratorio, sin embargo, el ultrasonido transfontanelar lo reportó con hemorragia intraventricular “HIV”. AR14, AR15, AR23, AR30 y AR33 advirtieron que cursaba por un “foco infeccioso” y omitieron la notificación a través de la “hoja de registros de casos de infección nosocomial”.

46. El 21 de septiembre de 2015, AR26 lo reportó con cuatro paros cardíacos y lo declaró fallecido a las 11:30 horas por “hemorragia intraventricular, choque séptico, sepsis sin germen aislado y prematuridad”. En la “Hoja de registros de casos de infección nosocomial”, se indicó que VRN26 presentó infección nosocomial desde el 18 de septiembre de 2015 por vía “hematológico”.

47. VRN44, hija de V45. Nació a las 22:33 horas del 29 de agosto de 2015, mediante cesárea, producto macrosómico, femenino, 4,370 gramos, Apgar 6/6 y Silverman Andersen 1/2, se le diagnosticó con: “[...] peso grande para la edad gestacional, asfixia leve, síndrome de dificultad respiratoria, taquipnea transitoria del recién nacido vs. síndrome de adaptación pulmonar”, ingresó a “cunero” para manejo médico y vigilancia. El 2 de septiembre de 2015 se le reportó con fiebre, acrocianosis y taquicardia, plaquetopenia, leucopenia y PCR alto, por lo que AR27 cambió el antibiótico; el 4, AR18 y AR32 indicaron que presentó “sepsis neonatal temprana” confirmada por resultados de laboratorio.

48. El 8 de septiembre de 2015, AR16 la refirió con “sepsis neonatal sin germen aislado” de un día, con deterioro clínico y al siguiente día la diagnosticó con “sepsis severa” con deterioro general, trombocitopenia, leucopenia y PCR elevado y el 10, AR32 ordenó un hemocultivo con antibiograma debido a que continuaba con datos de “sepsis”.

49. El 14 de septiembre de 2015, AR16 ordenó nuevos cultivos porque continuaba con datos de “sepsis” a pesar del tratamiento; el 16 de ese mismo mes y año, AR21 lo intubó e indicó nutrición parenteral y solución cristaloide por “acidosis metabólica descompensada” e hipoxemia, solicitó su ingreso a la UCIN, sin que hubiera lugar;

evolucionó al deterioro y a las 23:00 horas, presentó desaturación hasta del 58 % (normal 95-100 %), hipoactiva, hiporreactiva, subhidratada, con datos de hipertensión pulmonar, falleció el 17, a las 02:15 horas por “choque séptico, neumonía, sepsis neonatal temprana, taquipnea transitoria del recién nacido asociados a asfixia perinatal leve [...]”. AR16, AR18, AR21, AR32, AR33 y un médico de quien se desconocen datos, omitieron notificar a través de la “hoja de registros de casos de infección nosocomial” que cursaba con datos de: “foco infeccioso”, “sepsis neonatal sin germen aislado” con “sepsis severa”.

50. El 14 de septiembre de 2015, el área de laboratorio indicó que VRN44 dio positivo al desarrollo de “klebsiella oxytoca” y antibiograma.

51. VRN49, hijo de V50. Nació a las 6:33 horas del 28 de agosto de 2015, mediante cesárea, masculino, 2,405 gramos, Apgar 8/9 y Silverman Andersen 1/2, se le diagnosticó con “[...] síndrome de dificultad respiratoria probable enfermedad de membrana hialina, hijo de madre hipotiroidea”, el “servicio de cunas” lo reportó con peso grande para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria, probable enfermedad de membrana hialina y riesgo de “sepsis” por ruptura prematura de membranas de 13 horas.

52. El 29 de agosto de 2015, AR17 indicó que VRN49 evolucionó con dificultad respiratoria, saturaciones bajas, “acidosis” respiratoria y metabólica, le colocaron un “CPAP” nasal, y vigilancia estrecha; el 2 de septiembre de 2015, AR14 lo señaló con datos clínicos de choque séptico, por la tarde, AR12 lo reportó con probable coagulopatía, “acidosis metabólica” parcialmente descompensada, disfunción ventricular y al parecer “displasia valvular no especificada” con mala perfusión en piel y uso de ventilador con “CPAP” en parámetros altos. AR14 y AR16 omitieron notificar a través de la “hoja de registros de casos de infección nosocomial” que VRN49 cursaba con “probable sepsis y alteraciones hematológicas sugestivas de sepsis”.

53. El 3 de septiembre de 2015, AR25 lo reportó con cianosis distal, mal llenado capilar, equimosis en diversas partes del cuerpo (cara, extremidades y región escrotal) por coagulopatía, administró plasma y soluciones parenterales con ingreso a la UCIN; evolucionó al deterioro y presentó un paro cardíaco revertido y un segundo paro cardíaco sin respuesta, por lo que AR26 lo declaró fallecido a las 01:30 horas por “choque séptico, síndrome de dificultad respiratoria, recién nacido de pretérmino, sepsis neonatal”.

54. VRN61, hijo de V62. Nació el 30 de agosto de 2015 a las 14:35 horas, parto eutócico, masculino, 2,400 gramos, Apgar 8/9. En la hoja de referencia y contrareferencia del 1 de septiembre de 2015, personal médico de diverso hospital reportó que inició con su padecimiento tres horas previas a su llegada, con “acidosis metabólica severa” y hematocrito mayor de 65 y se le diagnosticó con “hipoglucemia y poliglobulia en estudio” y se ordenó su ingreso al Hospital Regional 1, donde había nacido.

55. El 1 de septiembre de 2015, ingresó a “cunas”, se le reportó con dificultad respiratoria leve, hipoglucemia y “poliglobulia” en estudio; AR21 indicó que se encontraba “potencialmente infectado por traslado”, los resultados de laboratorio evidenciaron plaquetas bajas, glucosa de 40mg/dL (límite normal bajo), aumento de bilirrubinas, por lo que ordenó su vigilancia y debido a que presentó hipoglucemia, el 2 de septiembre del 2015, AR19 indicó ayuno con sonda orogástrica “SOG” abierta a derivación.

56. El 3 de septiembre de 2015, se le reportó en mal estado general con alto riesgo grado de complicaciones, el 4, AR14 se le ajustó el esquema de antibiótico debido a que los resultados de laboratorio evidenciaron trombocitopenia severa, leucopenia y neutropenia, diagnóstico médico que fue confirmado por AR12. El 5, AR23 lo reportó con evacuaciones con sangrado escaso y distensión abdominal confirmada por radiografía de abdomen y como contaba con criterio de “sepsis”, ordenó ayuno con soluciones calculadas, al siguiente día indicó que requería manejo en la UCIN, al no haber cupo, continuó con el manejo prescrito.

57. El 8 de septiembre de 2015, AR34 y AR35 lo reportó con proceso infeccioso generalizado, a las 08:00 horas, AR15 le transfundió plasma fresco congelado y aféresis plaquetaria por sangrado de tubo digestivo, ingresándolo a la UCIN, presentó edema generalizado, “ascitis”, ictericia, visceromegalias, sangrado de piel y de tubo digestivo alto, neurológicamente con crisis convulsivas refractarias a tratamiento, hipotensión persistente con apoyo aminérgico sin mejoría; a las 10:30 horas del 13, se le declaró fallecido por “choque séptico, sangrado de tubo digestivo alto, crisis convulsivas y sepsis neonatal”. AR14, AR15, AR16, AR23 y AR35 no realizaron la notificación de que cursaba con datos clínicos y por laboratorio de un “foco infeccioso” tan es así que el 21 dio positivo al desarrollo de “*klebsiella pneumoniae*”.

58. Del análisis que antecede, se advirtió que aun cuando las personas recién nacidas que nos ocupan se les diagnosticó y se les dio tratamiento para cada uno de sus padecimientos, lamentablemente perdieron la vida, siendo omisos los médicos tratantes en notificar a la UVEH o al CODECIN su sintomatología para que adoptaran medidas para evitar su desenlace, como se acreditará a continuación.

Actuar del personal médico adscrito a las áreas de “cuneros” y de la UCIN del Hospital Regional Núm. 1, durante el “brote de infección nosocomial” reportado por el IMSS.

59. En las opiniones médicas realizadas el 23 de agosto de 2018 por personal médico de este Organismo Nacional consideró que las personas servidoras públicas omitieron informar a la UVEH o al CODECIN que sus respectivos pacientes cursaban con datos compatibles con “sepsis” en sus diferentes variantes, a pesar de que los diagnosticaron y atendieron en sus padecimientos.

60. Por lo cual AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR30 y AR33, debieron actuar de acuerdo a la normativa de salud nacional e internacional, donde se establece de manera general, que la vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales debe realizarse a través de un sistema que unifique criterios para la recopilación dinámica, permanente sistemática y continua de la información generada día a día para su procesamiento, análisis, interpretación, difusión y utilización en la resolución de problemas epidemiológicos y así identificar oportunamente los cambios inusuales en el número y tipo de infección nosocomial, así como de los microorganismos reconocidos, su frecuencia y resistencia antimicrobiana, que sugieran en un tiempo determinado la presencia de un “brote epidemiológico de infección nosocomial”, lo que hacía indispensable que notificaran oportunamente el diagnóstico o la sospecha de que pudieran cursar alguna infección nosocomial a la instancia de salud correspondiente, o en su caso, al médico epidemiólogo o a la enfermera de infecciones, para que se iniciara de forma inmediata el protocolo de estudio del caso y aplicaran medidas de prevención y control para evitar y/o tratar oportunamente la presencia del “brote de infección nosocomial” que se presentó y con lo que ocasionó la vulneración el derecho humano a la protección a la salud de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61, así como a su respectivo derecho a la vida como se analizará.

B. Derecho a la vida

61. La vida como derecho fundamental está en el artículo 29, párrafo segundo, constitucional, así como en documentos internacionales, por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones. En el presente caso, las evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61 por personal médico del Hospital Regional Núm. 1, también son el soporte con el que se acredita la violación a su respectivo derecho a la vida.

B.1. Violación al derecho humano a la vida de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61.

62. De las evidencias analizadas, se advirtió que las personas recién nacidas citadas nacieron en el Hospital Regional Núm. 1, no así VRN61, quien fue enviado para seguimiento clínico, siendo reportados con “inmadurez, bajo peso, dificultad respiratoria, entre otras complicaciones”, a excepción de VRN44, a quien se le reportó con “peso grande para la edad gestacional”, factores de riesgo que en su conjunto ameritaron su ingreso al servicio de “cunas” para vigilancia estrecha y tratamiento.

63. En la opinión médica del personal de este Organismo Nacional, se destacó que, del 30 de agosto al 21 de septiembre de 2015, se registró el mayor número de defunciones en el servicio de “cunas” y en la UCIN, debido a la inadecuada vigilancia epidemiológica por los médicos tratantes para informar que sus pacientes presentaban datos clínicos y de laboratorio de “sepsis” en sus manifestaciones, aunado a la deficiente limpieza y el mantenimiento del “cunero patológico”, relacionada VRN15, VRN24, VRN44 y VRN61 y defunción por asociación epidemiológica a dicho “brote” respecto a VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN18, VRN21, VRN26 y VRN49.

64. El personal médico no analizó de forma inmediata las defunciones asociadas a la infección nosocomial para fortalecer su atención médica especializada. Llama la atención que, del 30 de agosto al 21 de septiembre de 2015, acontecieron 14 defunciones, reportándose incluso dos o más en un mismo día, tal es el caso de VRN21 y VRN49, quienes fallecieron el 3 de septiembre de 2015, VRN1 y VRN5, el 8 de septiembre de ese mismo año, en tanto, VRN15, VRN18 y VRN61, el 13 del referido mes y año, sin que el personal médico haya tomado las medidas tendentes a determinar la causa con particularidades similares.

65. No pasa inadvertido que el estado de salud de las personas citadas, se reportó delicado por diversos factores de riesgo, así como las “patologías de base” de sus progenitoras, sin embargo, a cuatro se les detectó la bacteria “klebsiella” y las 10 restantes fueron consideradas por asociación por compartir el mismo lugar y tiempo del “brote”, sin que se advirtiera que los médicos tratantes notificaran a las autoridades correspondientes que contaban con datos clínicos y por laboratorio compatibles con alguna infección nosocomial, omisión de la cual deriva la responsabilidad de AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR30 y AR33.

C. Principio del Interés Superior de la Niñez

66. Preservar el interés superior de la niñez es una tarea primordial y debido a que las referidas personas recién nacidas forman parte de un sector de la población en condiciones de vulnerabilidad que ameritaron su atención especializada en el “cunero patológico” para su restablecimiento, por lo cual AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR30 y AR33, debieron otorgarles protección y cuidados especiales que requerían, lo cual no sucedió al no notificar que cursaban con datos clínicos compatibles con “sepsis”.

C.1 Violación al principio de interés superior de la niñez en agravio de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN44, VRN49 y VRN61.

67. Con motivo del ejercicio profesional de AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR30 y AR33, se transgredió en agravio de los citados recién nacidos el interés superior de la niñez, debido a que sus omisiones ocasionaron la afectación a su respectivo derecho a la protección de la salud lo que repercutió en la pérdida de su vida.

68. Los médicos tratantes soslayaron que, dada su condición particular, requerían mayor protección y diligencia en su actuar, por lo que debieron adoptar la decisión que más satisficiera su respectiva atención médica integral frente a los riesgos y efectos secundarios de sus patologías, al no hacerlo vulneraron el interés superior de la niñez, al no haberles garantizado la atención médica adecuada, integral y de calidad.

Caso de VRN25, hija de V27, quien fue dada de alta por mejoría

69. A VRN25 se le colocó en riesgo de haber sido infectada por “klebsiella” por haber compartido el “cunero patológico” al momento de los fallecimientos de las personas citadas, sin embargo, evolucionó adecuadamente por lo que fue egresada, sin que deje de considerarse como expuesta.

Expedientes clínicos de las personas recién nacidas fuera del “brote epidemiológico de infección nosocomial y por asociación” al mismo

70. La Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas remitió las quejas de V31, V34, V37, V39, V42, V48, V53, V56, V59 y V60, a través de las cuales se inconformaron con la atención médica a sus respectivos hijos y falta de información de su estado de salud.

71. El personal médico de este Organismo Nacional determinó que “cunero patológico” del 31 de agosto al 21 de septiembre de 2015, se registró el mayor número de defunciones, en comparación con cifras reportadas en otros meses, lo que confirmó un “brote epidemiológico de infección nosocomial y por asociación epidemiológica”, debido a que las defunciones acontecieron de manera consecutiva y en un mismo lugar, datos que el IMSS confirmó.

72. El personal médico de esta Comisión Nacional concluyó que VRN36, VRN52, VRN47, VRN55, VRN29, VRN30, VRN38, VRN33, VRN41 y VRN58 no se consideraron parte del “brote de infección nosocomial” porque sus decesos acontecieron en un período extemporáneo, esto es, no bastaba haber permanecido en el “cunero patológico” para que pudieran ser asociados a éste, debido a que sus respectivos decesos debieron ser consecutivos y encontrarse relacionados con la bacteria “klebsiella”, lo cual no aconteció.

73. Si bien los hemocultivos de VRN30 y VRN38 dieron positivo a “klebsiella pneumoniae”, sus fallecimientos acontecieron el 14 de mayo y 14 de febrero de 2015, respectivamente, esto es, seis y tres meses anteriores al “brote” reportado, sin que de las evidencias se hubiera reportado algún otro deceso por la referida bacteria o alguna otra para que considerar diverso “brote” aunado a que desde que nacieron se les brindaron maniobras de asistencia de acuerdo a sus factores de riesgo que deterioraron paulatinamente su salud hasta su desafortunado fallecimiento a pesar del manejo médico oportuno.

74. No pasa desapercibido que VRN29, VRN33, VRN38, VRN41, VRN47, VRN55 y VRN58 fueron exhumados a petición de sus progenitores; sin embargo, dicho estudio concluyó que la causa de su lamentable fallecimiento fue “indeterminada” ante el avanzado estado de descomposición de sus tejidos. Por tanto, no están considerados en el período del “brote” ni por asociación al mismo; sin embargo, para salvaguardar el interés superior de la niñez, se valorarán las omisiones administrativas en la integración de sus expedientes clínicos, así como los argumentos de sus progenitores en el apartado correspondiente.

75. En cuanto a las personas recién nacidas consideradas en el período del “brote”, sus médicos tratantes y las autoridades del CODECIN y UVEH omitieron la permanente y adecuada vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales como era su obligación, lo que hubiera permitido identificar de forma oportuna los factores de riesgo para que se implementaran medidas de prevención y control y se evitara su lamentable deceso.

76. En ese sentido AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR30 y AR33 no les garantizaron un servicio de salud oportuno, idóneo y de calidad con atención profesional y éticamente responsable ante sus omisiones y tampoco consideraron que su vulnerabilidad ameritaba que extremaran las medidas clínicas y sanitarias para preservar su derecho humano a la protección de la salud y a la vida; dicha responsabilidad profesional se hace extensiva al personal médico encargado de la atención de algún “brote epidemiológico por infección nosocomial y asociación epidemiológica”, esto es, al CODECIN y a la UVEH como se analizará enseguida.

D. Responsabilidad Institucional

77. Las autoridades del IMSS admitieron que con el “brote de infección nosocomial” acontecido en el “cunero patológico” del 31 de agosto al 17 de septiembre de 2015, actuaron oportunamente e inclusive “lograron interrumpir la cadena de transmisión de las bacterias y previnieron nuevos casos”. No obstante, como se acreditó omitieron notificar inmediatamente a las autoridades encargadas de “brotes” para que se iniciara un estudio epidemiológico y ordenaran de inmediato acciones para su control.

78. El CODECIN sesionó el 9 de septiembre de 2015, respecto a dos fallecimientos acontecidos un día previo en el “cunero patológico” y aun sin tener la certeza de que se tratara de un “brote” implementaron un cerco sanitario, no obstante se advirtieron irregularidades que acreditan la existencia de la responsabilidad institucional.

Autoridades encargadas del estudio del “brote de infección nosocomial”

79. De acuerdo con la NOM-045-SSA2-2005, la organización y estructura para la vigilancia de las infecciones nosocomiales se conformará por la UVEH o su equivalente, así como por el CODECIN.

80. La UVEH deberá concentrar, integrar, validar, analizar y difundir dicha información a los servicios del hospital y al CODECIN, así como elaborar un informe mensual, anual y emitir en forma permanente actividades de prevención y control documentadas, en tanto el CODECIN es el órgano consultor técnico en aspectos relacionados con la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales de manera permanente. El Hospital Regional 1 cuenta con ambos comités de vigilancia epidemiológica.

Comité para la prevención y control de infecciones nosocomiales, CODECIN

81. El 9 de septiembre de 2015, AR3 y AR13 convocaron a una reunión extraordinaria para que se analizaran los fallecimientos de VRN1 y VRN5 acontecidos un día anterior, en la que AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR37 adoptaron diversos compromisos que se corroboraron con las declaraciones de sus integrantes rendidas en la PGR en calidad de testigos por hechos probablemente constitutivos de los delitos de responsabilidad profesional, homicidio culposo y/o lo que resulte, en agravio de las personas recién nacidas relacionadas con la investigación; empero a pesar de que detallaron las acciones propias de su encargo para evitar algún “brote nosocomial”, así como aquellas realizadas con motivo de los dos fallecimientos sucedidos en el “cunero patológico” el 8 de ese mes y año, el personal médico de este Organismo Nacional resaltó que solo siete de los compromisos son aplicables para limitar la propagación de la infección en caso de un “brote epidemiológico” y los restantes son acciones de vigilancia y seguimiento permanente para que se cumplan medidas de higiene efectivas, así como para la detección oportuna de infecciones nosocomiales y evitar la propagación de gérmenes, por lo cual, no debieron recomendarse como medidas extraordinarias para la limitación del daño.

82. La finalidad de la reunión extraordinaria del CODECIN fue para que se analizaran las defunciones de VRN1 y VRN5, sin embargo, del 30 de agosto al 8 de septiembre de 2015, a parte de VRN1 y VRN5, ya habían fallecido cinco personas más, entre ellas, VRN21 y VRN49, quienes perdieron la vida el 3 de ese mismo mes y año,

sin que dicha circunstancia despertara la sospecha anticipada de los médicos tratantes de un posible “brote nosocomial”, lo cual no representaría mayor problema si no hubieran compartido el mismo espacio, esto es el “cunero patológico” y similares circunstancias clínicas, aunado a que fueron atendidas por pediatras, quienes tenían el deber de informar a AR13 o en su caso, a la UVEH o CODECIN dichos fallecimientos, sin que obre constancia al respecto.

83. En cuanto al cerco sanitario implementado y que de acuerdo a la afirmación de AR1, en el sentido que con ello se logró “interrumpir la cadena de transmisión de las bacterias y previnieron nuevos casos”, se considera subjetiva, debido a que del 9 al 21 de septiembre de 2015, lamentablemente fallecieron siete personas recién nacidas más, tres de las cuales perecieron el 13 de ese mes y año, lo que igualmente evidenció el inadecuado manejo por las autoridades del IMSS, en casos de sospecha de infección nosocomial.

Limpieza en el área de “cunero patológico” del Hospital Regional Núm. 1

84. Otro aspecto acordado en la minuta del 9 de septiembre de 2015, fue el referente a la limpieza y sanidad en los servicios de salud, en ese sentido de las declaraciones ante la PGR por integrantes del CODECIN, se advirtieron inconsistencias al respecto, lo que generó incertidumbre en cuanto a las medidas sanitarias de higiene adoptadas para garantizar servicios de salud idóneos y confiables a los usuarios, situación que no generaría mayor inconveniente si no se contara con datos que dejan entrever que tales condiciones, no eran las óptimas; por un lado, el 17 de septiembre de 2015, T1, T2 y T3 presentaron su respectiva queja en el IMSS, en la cual solicitaron “mejor atención para nuestros hijos [quienes se encontraban en el área de “cuneros”] y mucha higiene”, inconformidad que el 22, fue resuelta por AR1, quien ordenó a las encargadas de las áreas de vigilancia, enfermería y pediatría, diversas medidas de higiene y atención al público.

85. Sin embargo, la falta de higiene en dicho nosocomio se corroboró también con las manifestaciones de V3, V6, V9, V13, V16 y V17, V19, V23, V27, V31, V34, V39, V42, V50, V56, V59 y V60, quienes mostraron descontento con las condiciones en que se encontraban sus hijas e hijos, aunado a que el personal médico de este Organismo Nacional, asentó que desde su ingreso y durante su recorrido hasta el “cunero patológico” y la UCIN se apreció que las condiciones de aseo y mantenimiento de los inmuebles no podrían considerarse óptimas de una unidad hospitalaria, pisos desaseados, aparatos de aire acondicionado en malas condiciones, cestos de basura plenos, contenedores de ropa colmados y expuestos al personal como a los derechohabientes. Lo que demuestra las condiciones de higiene que prevalecían en el área del “cunero patológico” y con antelación a los mismos eran inadecuadas y carentes de técnicas de limpieza apropiadas, lo que generaba un foco de infección no solo para las personas recién nacidas y el personal que las atendía, sino para el público general.

86. Manifestaciones que adquieren mayor relevancia con el resultado de la toma de cultivos tomados el 10 de septiembre de 2015 en sus instalaciones y objetos del “cunero patológico”, en los que el jefe del laboratorio clínico de dicho Instituto indicó que fueron positivas a diversos microorganismos, lo que en lugar de corroborar las condiciones de limpieza que refirieron los integrantes del CODECIN, confirmaron que hasta el 10 de septiembre de 2015 existía contaminación por los diversos microorganismos, lo que se traduce en inadecuada rutina de aseo de las instalaciones del servicio y falta de supervisión por AR5.

87. Del “exhaustivo” del 10 de septiembre de 2015, se acreditó la presencia de microorganismos e incluso AR3 sugirió un nuevo el “exhaustivo” del área, lo que confirmó que a pesar del cerco sanitario implementado, el “cunero patológico” continuaba expuesta a contaminación por diversos microorganismos.

COFEPRIS

88. Otro dato que acredita las inapropiadas condiciones de higiene que prevalecían en el “cunero patológico” es el informe de la COFEPRIS, quienes indicaron factores que propiciaban el riesgo de infecciones nosocomiales aunado a que del recorrido destacaron diversas prácticas de riesgo sanitario e indicaron que los reportes microbiológicos de las muestras tomadas a diferentes áreas, dejaban entrever la colonización habitual por las condiciones propias de operación, lo que representa un riesgo para un nuevo evento de “brote”, lo que demeritó la versión de los integrantes del CODECIN.

89. El resultado de las muestras tomadas a diversos objetos del “cunero patológico”, fueron coincidentes a los reportes de elaborados por el laboratorio del IMSS, lo que acreditó que el mantenimiento de las instalaciones fue deficiente para asegurar a las personas recién nacidas una atención de calidad que contribuyera al mejoramiento de las patologías por las cuales fueron enviados ahí y no mermaran su estado de salud como aconteció en el caso particular, quienes inclusive perdieron la vida.

90. A pesar de las correcciones por el IMSS para dar cumplimiento a las observaciones de la COFEPRIS, la falta de supervisión y seguimiento propició que después de 17 días, la mala higiene persistiera como se desprendió de la minuta de trabajo de 24 de septiembre de 2015, por lo que determinó que los puntos solventados por las autoridades del IMSS para la apertura del área de “cuneros” no garantizaba la existencia de un riesgo potencial de contaminación, continuaban factores de riesgo y la probabilidad de presencia de infecciones nosocomiales, debido a que las áreas continuaban sucias y sin protocolos de limpieza, lo que generaba riesgo de contaminación del área de “cuneros” y si bien no fueron la causa directa del fallecimiento de las personas recién nacidas, sí les generaron comorbilidad como lo refirió el titular del Área de Quejas del Órgano Interno de Control en el IMSS.

91. En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, es cierto que en cualquier unidad médica es de esperarse la presencia de microorganismos en el ambiente, sin embargo, las autoridades del CODECIN omitieron la supervisión de las áreas de trabajo para limitar su proliferación descontrolada, lo que ocasionó el “brote de infección nosocomial” reportado, tal como igualmente se corroboró con los resultados de las muestras tomadas a las personas recién nacidas enviadas al Laboratorio Estatal de Salud Pública de Sinaloa “LESP”, donde se confirmó que VRN15, VRN24 y VRN61 dieron positivo al desarrollo de la bacteria “*Klebsiella pneumoniae*”, la cual se reportó en la tarja de bebé, aunado a que sus respectivos médicos tratantes omitieron notificar a AR13, que los pacientes cursaban con datos clínicos y de laboratorio compatible con “sepsis” en sus variantes, a pesar de que los decesos sobrepasaron los que regularmente se presentan. Por lo que se ordenó al Hospital Regional Núm. 1 que implementara acciones a corto plazo en forma permanente.

92. A criterio del personal médico de este Organismo Nacional, las acciones de supervisión, limpieza y mantenimiento de la infraestructura del hospital y especialmente del “cunero patológico”, hasta la intervención del personal de COFEPRIS, no eran idóneas, ni efectivas, por lo que tuvieron que implementarse medidas de limpieza y remodelación extraordinarias, las cuales era obligatorio que se realizaran de forma continua y oportuna para obtener un resultado adecuado, lo que no aconteció.

UVEH

93. No se advirtieron acciones realizadas por dicha unidad con motivo de los hechos que nos ocupan a pesar de que, en la reunión extraordinaria del 9 de septiembre de 2015, se acordó que el médico tratante o la enfermera le notificaría los casos con sospecha de procesos infecciosos nosocomial y que supervisarían las anotaciones en la libreta de infecciones nosocomiales.

94. Omisión que cobra relevancia debido a que es la encargada de la vigilancia, prevención y control de las infecciones nosocomiales asociadas a la atención de la salud principalmente del área de “cuneros” y de la UCIN; de los informes remitidos por el IMSS, no se advirtió que se hubiera notificado a dicha instancia la presencia del “brote de infección nosocomial”, sin embargo, este Organismo Nacional considera que sus integrantes incumplieron con sus funciones en la búsqueda activa diaria de riesgos, casos de infección, enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, situación que deberá investigarse para deslindar las responsabilidades correspondientes.

95. AR1 indicó que el nosocomio no está integrado a la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica “RHOVE”, por lo que la notificación de casos de infecciones nosocomiales se realiza diariamente en un sistema informático en línea “INOSO” por el médico epidemiólogo, lo que se confirmó el 18 de septiembre de 2018, por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa “CAMES”

96. Con motivo de las quejas que recibió por “supuestas” infecciones intrahospitalarias en el Hospital Regional Núm. 1, el 14 de octubre de 2015, recomendó al referido nosocomio que contara un comité de infecciones nosocomiales que registre las infecciones, analice sus causas y proponga medidas correctivas y preventivas, entre otras.

97. En respuesta, el 17 de noviembre de 2015, AR1 informó que el hospital cuenta con el CODECIN y aun cuando en julio de 2015, realizó un acta constitutiva por el cambio de director, no impidió que se realizaran las actividades pactadas con anterioridad, porque su fin es el mismo y que las recomendaciones realizadas forman parte de sus procedimientos comunes y cotidianos debido a que capacitan al personal médico, de enfermería y de servicios generales.

98. Contrario a las afirmaciones de AR1, a pesar de las acciones implementadas las condiciones de las instalaciones del hospital, fueron insuficientes para contener el “brote de infección nosocomial” aunado a que no hubo seguimiento efectivo a las medidas implementadas, como se acreditó y aun cuando especifique que el personal médico tiene la obligación de prevención, así como de informar los casos de sospecha de infección nosocomial, lo cierto es que, ninguno de los médicos que intervinieron dio aviso al CODECIN, ni a la UVEH, ni mucho menos a AR13, aunado a que se desconoce si cuentan con libretas para casos de sospecha de alguna infección nosocomial, lo que demuestra falta de capacitación y preparación para ese tipo de eventos enfocados a disminuir los riesgos en los procedimientos realizados con mayor frecuencia y que incidió en el lamentable fallecimiento de catorce personas recién nacidas en el período comprendido del 30 de agosto al 21 de septiembre de 2015, ya que aun cuando no fue la causa del fallecimiento de los recién nacidos involucrados, si les generó comorbilidad.

PGR

99. El dictamen en criminalística de campo de 7 de noviembre de 2015, advirtió que en las áreas de “cunero patológico” y la UCIN, no cumplen completamente con los reglamentos, llama la atención que a pesar de que dicha revisión se efectuó después de un mes del “brote” y en el inter de las revisiones de la COFEPRIS, el área de “cunero patológico” continuaban irregularidades, lo que demostró falta de vigilancia por las autoridades competentes.

100. Del reporte de un laboratorio particular sobre el análisis de la toma muestra de la descarga final del agua durante el mes de septiembre de 2015, se advirtió que AR1 y AR2 omitieron solicitar el análisis microbiológico del agua de uso en el nosocomio, con búsqueda intencionada de coliformes fecales y huevos de helminto; lo cual debe efectuarse de manera permanente para garantizar que el agua utilizada se encuentre en condiciones adecuadas.

101. Por lo que la información aportada por la PGR corroboró las manifestaciones de las madres de las personas recién nacidas y evidenció que el personal médico y sanitario se conducía de manera inadecuada y desapegados a la normatividad a pesar de las acciones implementadas por la COFEPRIS, ya que dada la magnitud y trascendencia de la contingencia presentada, las autoridades encargadas debieron vigilar el saneamiento ambiental y personal mediante un monitoreo adecuado, lo cual no aconteció.

Secretaría de Salud de Sinaloa

102. Indicó que la jurisdicción sanitaria número IV en Culiacán, no fue notificada de los casos de defunción de las personas menores de edad en el Hospital Regional 1, por lo cual no intervino y el Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica “CEVE” tampoco cuenta con la base de datos de registro o antecedente de trabajo de inspección y vigilancia en el área de “cunero patológico”, por ende, no se programó la inspección y vigilancia en dicha área.

Conclusiones respecto al actuar de las autoridades del IMSS

103. Del análisis que antecede, se acreditó la responsabilidad institucional por las autoridades del IMSS, en concreto por los integrantes del CODECIN y en su caso, de la UVEH ante las inconsistencias valoradas generaron el incumplimiento con la obligación de disponibilidad y calidad en la prestación de los servicios de salud para el fin común de la salud pública, debido a que las carencias de infraestructura como aquellas relacionadas con el desempeño de las personas servidoras públicas, ocasionaron la afectación en el derecho humano a la protección de la salud de las personas recién nacidas que por cuestiones médicas ingresaron al área del “cunero patológico” donde en lugar de generarles un entorno y servicio óptimo para sus respectivas patologías, se advirtió la presencia de diversos microorganismos que aun cuando no fueron la causa directa de su fallecimiento, les generaron comorbilidad la que se sumó e impactó a su deceso como lo refirió el titular del Área de Quejas del Órgano Interno de Control en el IMSS.

Consideraciones respecto a aspectos médicos de la CONAMED

104. El 15 de diciembre de 2016, la CONAMED emitió el Dictamen Médico Institucional 177/16 respecto a la atención médica neonatal otorgada a 23 personas recién nacidas, la cual en opinión del personal médico de este Organismo Nacional dejó entrever que la atención que se les brindó fue la adecuada, sin que atribuyeran la “sepsis” a una mala práctica médica, sin embargo, dejó en claro que el Hospital Regional 1 contaba con deficiencias institucionales.

105. Aun cuando la CONAMED asevere que no puede determinar las causas del fallecimiento de las personas recién nacidas sometidas a su consideración, es un hecho conocido que cuando un paciente ingresa al “cunero patológico” es por factores de riesgo que lo hacen merecedor de atención médica inmediata ante la baja de sus defensas, lo que los vuelve proclives a adquirir infecciones de cualquier índole, por lo que las condiciones en las que operaba el hospital representó una comorbilidad que se sumó e impactó en el deceso de las 14 personas recién nacidas durante el período del “brote de infección nosocomial”.

106. Respecto a las quejas de las representantes de las personas recién nacidas que fallecieron en fechas ex-temporáneas al período del “brote” de las evidencias que anteceden se advirtió que el hospital contaba con infraestructura en malas condiciones físicas, lo que evidentemente no fue reciente sino de tiempo atrás, lo que se traduce en incumplimiento para garantizarle a los usuarios el disfrute más alto posible del derecho a la protección de su salud, traducándose en responsabilidad institucional, por lo que atento al interés superior de la niñez, este Organismo Nacional acredita que la falta de atención a las instalaciones y cuidados sanitarios igualmente constituyó una comorbilidad que se sumó a las condiciones clínicas de las personas recién nacidas que nos ocupan, esto es, las que compartieron el “cunero patológico” en el período del “brote de infección nosocomial”, como las

extemporáneas al mismo, lo que impactó en su respectivo deceso, no propiamente por la atención médica que en su momento recibieron, la cual como se acreditó fue la adecuada, sino porque el Estado tiene la obligación de garantizar las condiciones mínimas indispensables para hacer efectivos los derechos humanos a la protección de la salud de las personas, lo cual no se garantizó.

107. Es evidente que el Estado incumplió con la obligación de disponibilidad, accesibilidad y calidad en el otorgamiento del servicio médico proporcionado, lo que les impidió a dichas personas el disfrute de su respectivo derecho a la salud ante las diversas irregularidades en la prestación del mismo, con lo cual se produjo la vulneración a su derecho a la protección de la salud y a su consecuente vida, por tanto el Estado, a través de sus instituciones de salud, tiene el deber de responder ante sus fallas institucionales debido a que en el caso particular las condiciones del nosocomio constituyeron una causa de morbilidad que se sumó a las patologías que presentaron VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN25, VRN26, VRN29, VRN30, VRN33, VRN36, VRN38, VRN41, VRN44, VRN47, VRN49, VRN52, VRN55, VRN58 y VRN61, con lo que se les impidió el disfrute del derecho a la protección de la salud y que incidió en su lamentable fallecimiento en diferentes fechas relacionado con la falta de supervisión de las autoridades del IMSS encargadas de infecciones nosocomiales, así como las condiciones de infraestructura y la falta de capacitación de su personal en ese sentido.

108. Respecto al Dictamen Médico Institucional 173/16 relacionado con la atención médica otorgada a las legítimas representantes de las personas recién nacidas que nos ocupan; al respecto el personal médico de este Organismo Nacional difirió en relación a algunas de las conclusiones, en cuanto a la “segunda”, de la valoración realizada a las constancias médicas de V2, apreció que el médico tratante, le prescribió nistatina (antifúngico) en óvulos vaginales por 10 días para su padecimiento y en la segunda consulta, no se advirtió que cursaba con datos indicativos de amenaza de parto pretérmino, sin que ameritara su ingreso hospitalario, aunado a que, para ese momento, ya se encontraba bajo control médico externo, en el cual se le prescribió tratamiento, tampoco se advirtió que cursara con amenaza de parto pretérmino en las ocasiones que acudió a revisión médica.

109. Respecto a la conclusión “cuarta”, en cuanto a V45 se advirtió que tuvo seguimiento estrecho de trabajo de parto, así como del bienestar materno/fetal desde su ingreso al Hospital Regional 1, lo que se constató con el partograma realizado los días 27, 28 y 29 de agosto de 2015 y no hay constancia de que se le hubiera prescrito ni administrado oxitocina durante este período, ya que cuando se le administró fue posterior al nacimiento de su hija.

110. En cuanto a la conclusión “quinta”, de V34 no existe constancia de su control prenatal agregada al expediente y su egreso precipitado se debió a que presentó elevación de los leucocitos; sin que clínicamente se documentara que cursara con algún proceso infeccioso que impidiera su egreso, tampoco se puede establecer que dicha situación, hubiera repercutido en su estado de salud debido a que no se dispone de la información posterior a su egreso.

111. Por cuanto hace a la conclusión “séptima”, relacionada con V13 se cuenta con la “Nota de Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica” en cuyo apartado de “descripción de la técnica” se lee: “[...] previamente se coloca DIU”; sin embargo, en la misma hoja y en el resto de las notas médicas (nota de alta hospitalaria por operación cesárea, nota de alta, terminación del embarazo, historia clínica, tococirugía, nota prequirúrgica, nota al egreso de ginecología y obstetricia, nota de trabajo social médico y hoja de cuidados de enfermería al paciente quirúrgico), se indicó que a petición de la paciente NO le fue colocado ningún método de planificación familiar.

- Dictamen Médico en Materia de Medicina Forense emitido por peritos médicos oficiales de la PGR y su análisis por un perito en medicina legal con motivo de la petición realizada por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas

112. El 11 de mayo de 2017, los peritos oficiales emitieron el dictamen en materia de medicina legal, cuyas conclusiones en opinión de personal médico de este Organismo Nacional son contradictorias aunado a que afirmaron que las deficiencias del personal encargado del mantenimiento general y el aseo de la UCIN, “cuneros” y tococirugía, son factores de riesgo que aumentan la probabilidad de infecciones nosocomiales y comorbilidad-mortalidad neonatal, lo cual evidenció la falta de cuidado por parte del CODECIN partiendo de la seguridad que debe proporcionar, más aun cuando las patologías de los menores recién nacidos les impedían desarrollar defensas para hacer frente a los microorganismos encontrados en dicha área, por lo que fueron expuestos a un mayor riesgo que incidió en su desafortunado deceso como consecuencia de los errores derivados del control del área que los albergó, por lo que, al no haber implementado prácticas asistenciales seguras, la identificación y prevención de los riesgos derivados de la atención sanitaria que debe prevalecer en todo servicio de salud, generó un impacto significativo en la mortalidad neonatal como se acreditó.

- Análisis de meta peritaje de la PGR emitido por perito en medicina legal a petición de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas

113. El 27 de septiembre de 2018, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas remitió a este Organismo Nacional, el “análisis del meta peritaje de la PGR de [...] 11 de mayo de 2017” elaborado por perito en medicina legal y para mejor comprensión el personal médico de este Organismo Nacional indicó que un informe pericial es un documento científico-técnico para informar y demostrar de forma “empírica” las operaciones practicadas, de manera comprensible y entendible para cualquier persona que no domine la ciencia, arte u oficio del perito que lo elaboró; en tanto, el “meta peritaje” es un “informe técnico que contiene la declaración o pronunciamiento que realiza un profesional experto, acerca las características o contenido de un informe pericial relacionado con su ciencia o reglas de su arte u oficio, y cuya finalidad es determinar si existió o no falta rigor técnico o metodológico en el estudio y análisis pericial consignado en dicho informe” su finalidad es encontrar concordancia, omisiones o errores en las que haya incurrido el perito, no es un informe pericial y tampoco una valoración de las personas mencionadas en el informe, ni del profesional que lo realizó.

114. En ese sentido, el personal médico de este Organismo Nacional concluyó que el perito en medicina legal designado, no efectuó un análisis de rigor técnico ni metodológico respecto del dictamen referido por lo cual NO se considera elemento técnico suficiente para incluirse en la investigación realizada por este Organismo Nacional; tampoco cumplió con los requisitos de imparcialidad, objetividad y desarrollo, al haberse limitado a la lectura del dictamen y a descalificar al personal médico oficial, así como soslayó que la finalidad del meta peritaje es encontrar concordancia, omisiones o errores en las que haya incurrido el perito al momento de “confeccionar” su informe pericial, lo cual no fue dilucidado de la lectura que antecede, por lo que le corresponderá a la autoridad competente la apreciación correspondiente.

115. Respecto a la solicitud de que sean tomados en cuenta los testimonios de las víctimas en cuanto al “largo y doloroso proceso de victimización que han sufrido”, dicha valoración se realizará en el apartado correspondiente.

Consideraciones respecto a las exhumaciones a petición de sus respectivos progenitores

116. El 7 de noviembre de 2015, un perito médico oficial de la PGR indicó que no era conveniente la exhumación de los cuerpos de las personas recién nacidas que fallecieron debido a que a las condiciones de sus cuerpos, no

brindarían la información para determinar la causa de su desafortunado fallecimiento, contrario a ello, en el mes de febrero de 2016 se realizó la exhumación a petición de los legítimos representantes de VRN8, VRN18, VRN21, VRN29, VRN30, VRN33, VRN38, VRN41, VRN44, VRN47 y VRN55, obteniendo como resultado que “la causa de la muerte es indeterminada”.

Consideraciones en torno a los hemocultivos realizados en el IMSS

117. El IMSS remitió a este Organismo Nacional el resultado de once hemocultivos, nueve de los cuales se encuentran relacionados con la queja presentada, refirió que el motivo por el cual no se tomó el hemocultivo a los restantes se debió a que se les suministró de “forma empírica” el antibiótico que requerían ante varios factores de riesgo para desarrollar “sepsis temprana”, “lo que invalidaría el resultado de los hemocultivos”.

118. En ese sentido, en la opinión médica de este Organismo Nacional, se destacó que a las 25 personas recién nacidas se les inició terapia antibiótica “empírica” desde que nacieron; por lo que el criterio mencionado se considera indicación para toma de cultivos para que se estableciera el tratamiento idóneo, por lo que no tiene justificación el no haberlos tomado, ya que la evolución clínica de cada caso marcaría la pauta para la solicitud o no de dicho estudio complementario, lo que lo hacía indispensable.

119. Personal de la COFEPRIS revisó nueve cepas de hemocultivos, “corroborando el resultado de ocho de ellas positivas a *Klebsiella pneumoniae* y una a *E. coli*”; en tanto de las muestras ambientales tomadas, se analizaron 11 soluciones parenterales, una de las cuales dio positivo a “*klebsiella pneumoniae*” y los diez restantes, no desarrollaron microorganismos.

120. Analizaron 20 muestras de agua de lavado de manos de personal, una de ellas reportó desarrollo de “*klebsiella pneumoniae*” sin que los otros desarrollaran microorganismos; lo que acreditó que el personal del CODECIN omitió la supervisión permanente de las acciones implementadas para la correcta aplicación de normas, procedimientos y sistemas de trabajo multidisciplinario, identificación temprana y estudio de infecciones nosocomiales, así como para establecer mecanismos permanentes de vigilancia epidemiológica que permitieran el manejo eficiente de la información para la prevención y control de las infecciones nosocomiales, como ha quedado acreditado.

Análisis en materia de medicina forense de la opinión médica particular relacionada con V48 y VRN47

121. El 6 de abril de 2017, V48 presentó a través de la ONG ante este Organismo Nacional, la ampliación de su queja por hechos violatorios a derechos humanos, incluyendo los derechos a la salud, a la vida, a la integridad personal, a la información en materia de salud, daño al proyecto de vida y derecho a una vida libre de violencia constitutivos de violencia obstétrica y muerte neonatal, al cual anexó la opinión médica, del 17 de enero de 2017, realizada por una doctora subespecialista en medicina materno fetal, al respecto, el personal médico de esta Comisión Nacional concluyó de manera general, que las opiniones médicas materia de su análisis no se consideran elementos técnicos suficientes para incluirse en la investigación realizada por este Organismo Nacional, aunado a que en su generalidad no cumplen con los requisitos que debe tener todo documento médico legal, sumado a que rubricó su documento como subespecialista, sin que se encuentre acreditación oficial en el Registro Nacional de Profesionistas de la Secretaría de Educación Pública. No obstante, en el apartado de la reparación del daño, analizará los derechos humanos que le fueron trasgredidos a V48 con motivo del lamentable deceso de su hija VRN47.

D. Derecho Humano de Acceso a la Información en Materia de Salud

122. La indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico

123. En diversas notas médicas AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR29, AR30, AR31, AR32, AR33, AR34, AR35 y AR36 omitieron asentar nombre completo, cargo, rango, firma, matrícula y/o cédula profesional, otras se apreciaron datos ilegibles, con abreviaturas y en ocasiones sin fecha ni hora, en los expedientes clínicos de VRN11, VRN21, VRN24 y VRN25, se encontraron notas en hojas en blanco, con datos ilegibles y algunas de ellas sin fecha.

124. Referente al llenado de las “Hojas de registros de casos de infección nosocomial” relacionadas con VRN15, VRN26, VRN30, VRN38, VRN41, VRN55 y VRN58, únicamente se asentó el nombre de la persona que los elaboró, lo que genera incertidumbre respecto a su contenido por ser un documento trascendental en el reporte de infecciones nosocomiales.

125. Los certificados de defunción de VRN21 y VRN36 se advirtieron ilegibles, por lo cual no se pudo establecer la fecha, hora, ni las causas de su respectiva defunción; en tanto en el de VRN55, no se apreció el nombre de quien lo elaboró, por lo que, deberá conminarse a las personas servidoras públicas que los elaboren a ser precavidos y apeguen su actuar a las instrucciones y disposiciones legales vigentes en nuestro país.

126. El 22 de febrero de 2017, V2, V3, V9, V10, V16, V17, V22, V23, V27, V28, V31, V34, V39, V48, V53, V56 y V57, en compañía de personal de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, indicaron a personal de este Organismo Nacional que los expedientes clínicos de sus respectivas hijas e hijos se encontraban incompletos, situación que deberá investigarse para deslindar la responsabilidad correspondiente. En consecuencia, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR29, AR30, AR31, AR32, AR33, AR34, AR35 y AR36 infringieron los puntos 5, 5.1, 5.2, 5.2.1, 5.2.3, 5.3, 5.8, 5.9, 5.10, 5.11, 5.13, de la NOM-004-SSA3-2012, “del expediente clínico”.

D.2. Derecho al acceso a la información del estado de salud de los legítimos representantes de las personas recién nacidas que nos ocupan

127. V2, V3, V6, V9, V13, V16, V19, V22, V23, V27, V31, V34, V37, V39, V42, V45, V48, V50, V54, V56 y V59 indicaron que les causaba perjuicio la falta de información oportuna, precisa y veraz sobre el estado de salud de sus respectivos descendientes. En contraposición de los informes rendidos por AR14, AR16, AR17 y AR18 el 27 y 28 de enero de 2016, indicaron que la información sobre el estado de salud de las personas recién nacidas se informó al momento en que se presentan los progenitores. El 23 y 28 de ese mes y año, AR26 y AR15 declararon que se les dio información a los respectivos familiares. En el oficio 269001050100/16/2016, del 29 de enero de 2016, la Delegación Estatal del IMSS remitió a esta Comisión Nacional un informe detallado y completo de los servicios médicos brindados a VRN30, del cual se desprendió que AR15, AR16, AR18 y AR26, especificaron la fecha y hora en la cual dieron informes a los familiares del estado de salud de sus hijos.

128. Este Organismo Nacional considera que aun cuando las personas servidoras públicas pretenden demostrar que informaron de manera oportuna el estado de salud de sus respectivos hijos e hijas, no se advirtió alguna firma que haga presumir que los citados representantes legales hayan sido informados en cuanto al estado de salud de sus respectivos hijos e hijas, situación que se fortalece con la molestia generalizada que externaron, pues a que a pesar de las quejas presentadas ante el IMSS por T1, T2 y T3, AR1 se le solicitó a AR13 y a AR37

mejoraran en adelante el trato con los familiares y se les mantuviera debidamente informados, incumplieron dicho mandato.

129. Llama la atención que pese a las diversas notas periodísticas con motivo del “brote de infección nosocomial”, así como a la propia aceptación del IMSS, no hayan realizado gestiones para emitir un comunicado en el cual se explicara cuando menos de manera general, la situación que prevalecía y en su caso, el cerco sanitario que se implementó.

130. AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR29, AR30, AR31, AR32, AR33, AR34, AR35, AR36 y AR37, así como las autoridades encargadas de emitir un comunicado para evitar incertidumbre respecto a las atenciones médicas brindadas a las personas que se encontraban aun internadas en el área de “cunero patológico”, vulneraron el derecho a la información en materia de salud de V2, V6, V9, V13, V16, V19, V22, V23, V27, V31, V34, V37, V39, V42, V45, V48, V50, V54, V56 y V59 al no haberles brindado información adecuada sobre el estado de salud de sus hijos recién nacidos.

E. Responsabilidad

131. Este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará: Queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR29, AR30, AR31, AR32, AR33, AR34, AR35, AR36, AR37 y quien resulte responsable, al no haber notificado a sus superiores o a las autoridades encargadas de las infecciones nosocomiales que sus pacientes presentaban datos clínicos y por laboratorio compatibles con “sepsis” en sus variantes, así como por la inadecuada integración de los respectivos expedientes clínicos. Asimismo, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, igualmente del personal involucrado de la UVEH y quien resulte responsable, con motivo de las omisiones y la falta de coordinación en que incurrieron para actuar ante el “brote de infección nosocomial” que se suscitó en el área de “cunero patológico” del Hospital Regional 1, con la finalidad de que se inicie e integre el procedimiento de investigación que en derecho corresponda.

132. Con independencia de la resolución del Órgano Interno de Control en el IMSS, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas y se remitirá copia de la presente Recomendación a la PGR para su conocimiento.

E.1. Responsabilidad Institucional

133. Al respecto, se advirtieron las condiciones en que se reportó el “cunero patológico” por personal de la COFEPRIS, quien constató las carencias y falta de insumos, lo que se tradujo en la falta de condiciones mínimas indispensables para garantizar el derecho a la protección de la salud de VRN1, VRN4, VRN5, VRN8, VRN11, VRN12, VRN15, VRN18, VRN21, VRN24, VRN26, VRN29, VRN30, VRN33, VRN36, VRN38, VRN41, VRN44, VRN47, VRN49, VRN52, VRN55, VRN58 y VRN61, por lo que resulta evidente la responsabilidad institucional atribuible al IMSS, a lo que se suma que la falta de cuidado de las autoridades encargadas de las infecciones nosocomiales generó un riesgo adicional al estado de salud de las personas recién nacidas consideradas en el período del “brote de infección nosocomial” lo que incidió en la pérdida de su vida, así como en la integridad física de VRN25, a quien se le expuso a los mismos factores de riesgo que pudieron provocar su fallecimiento.

134. Máxime que a los citados, esto es, los recién nacidos considerados dentro y por asociación al “brote de infección nosocomial” como los extemporáneos al mismo, pertenecen a un grupo de atención prioritaria que dada su condición requerían mayores cuidados a fin de que les fuera garantizado el derecho a disfrutar del más alto nivel de salud y tener acceso a los servicios médicos idóneos, lo cual está a cargo del Estado, quien debió velar para que gozaran una adecuada atención sanitaria lo que no aconteció y por lo cual se vulneró el principio del interés superior de la niñez.

135. Las autoridades del IMSS deberán remitir un informe sobre las condiciones en que se proporciona la atención médica, concretamente en el área de “cunero patológico”, a fin de verificar si a la fecha cuenta con recursos humanos y materiales para su óptimo funcionamiento; y en su caso, se gestione con las autoridades correspondientes para que cuente con instrumentos, equipo, medicamentos, personal médico especializado y todo aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes bajo los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad.

F. Reparación del daño

136. Al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de las personas recién nacidas relacionadas con el “brote de infección nosocomial” y asociadas al mismo, se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, al igual que a las personas recién nacidas de manera extemporánea a dicho “brote”, con motivo de la violación a su derecho humano de acceso a la información en materia de salud, así como ante la responsabilidad institucional precisada.

137. No pasa desapercibido que el Área de Quejas del Órgano Interno de Control en el IMSS determinó que en los expedientes de queja institucional promovidos por V6, V13, V19, V20, V22, V23, V14, V27, V28, V34, V35, V59, V60 y V62, no era procedente el pago de la indemnización solicitada, por lo que se ordenó el “acuerdo de archivo por falta de elementos”, del 22 de diciembre de 2017; sin embargo, ante el “brote de infección nosocomial” que se presentó en dicha área y ante las condiciones de higiene e infraestructura del “cunero patológico”, se generó una causa de comorbilidad que se sumó a sus respectivas patologías y en lugar de verse beneficiados con un servicio óptimo al cual tenían derecho, se les expuso a un riesgo nosocomial que incidió en el menoscabo a su salud y en la consecuente pérdida de la vida, como se acreditó.

138. Dichas condiciones igualmente afectaron el derecho a obtener una atención médica de calidad de aquellas personas recién nacidas extemporáneas al “brote de infección nosocomial”, por tanto, se considera procedente la reparación de los daños a las víctimas indirectas en los siguientes términos.

i. Rehabilitación

139. Se deberá brindar a V2, V3, V6, V7, V9, V10, V13, V14, V16, V17, V19, V20, V22, V23, V27, V28, V45, V46, V50, V51, V62 y V63; así como a V31, V32, V34, V35, V37, V39, V40, V42, V43, V48, V53, V54, V56, V57, V59 y V60, atención psicológica y tanatológica en caso de que lo requieran.

ii. Satisfacción

140. Las autoridades del IMSS colaboraran ampliamente en la queja administrativa que se presente en contra de las personas servidoras públicas referidas.

iii. Garantías de no repetición

141. Implementar un curso integral al personal de las áreas de pediatría del Hospital Regional Núm. 1, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, en concreto prevención y manejo de infecciones nosocomiales, responsabilidad profesional, trato digno a las y los pacientes, atención de la persona recién nacida prematura, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas citadas.

142. Emitir en el término de un mes, una circular para que adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos se generen conforme a los dispuesto en la legislación nacional e in-

ternacional; así como una diversa circular para que registren aquellos casos en que haya sospecha de probable infección nosocomial, se les exhorta al personal de las áreas pediátricas a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional.

143. Remitir un informe sobre las condiciones en que se proporciona la atención médica en el área de “cunero patológico” y todo aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad.

iv. Compensación

144. Se considera necesario que las autoridades del IMSS otorguen una compensación justa a V2 y V3, padres de VRN1; V6 y V7, padres de VRN4 y VRN5; V9 y V10, padres de VRN8; V13 y V14, padres de VRN11; V16 y V17, padres de VRN15; V19 y V20, padres de VRN18; V22 y V23, padres de VRN21; V27 y V28, padres de VRN24 y VRN25; V45 y V46, padres de VRN44; V50 y V51, padres de VRN49; V62 y V63, padres de VRN61; así como respecto de V31 y V32, padres de VRN29 y VRN30; V34 y V35, padres de VRN33; V37, madre de VRN36; V39 y V40, padres de VRN38; V42 y V43, padres de VRN41; V48, madre de VRN47; V53 y V54 padres de VRN52; V56 y V57, padres de VRN55; V59 y V60, padres de VRN58, derivado de la afectación a su respectivo derecho humano a la protección de la salud y el fallecimiento de sus respectivos hijos.

145. En el caso de V13, V27 y V31, deberá de considerarse que sus embarazos fueron mediante inseminación *in vitro*.

RECOMENDACIONES

PRIMERA. Reparar de manera integral los daños ocasionados a V2, V3, V6, V7, V9, V10, V13, V14, V16, V17, V19, V20, V22, V23, V27, V28, V45, V46, V50, V51, V62 y V63; así como respecto de V31, V32, V34, V35, V37, V39, V40, V42, V43, V48, V53, V54, V56, V57, V59 y V60 conforme a la Ley General de Víctimas, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal médico del Hospital Regional Núm. 1, los integrantes del CODECIN y la UVEH, así como la falta de medidas sanitarias en el nosocomio, en la que se incluya una compensación justa y suficiente, atención psicológica y tanatológica que requieran, con base en las consideraciones planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Inscribir a las referidas víctimas indirectas con sus respectivos hijos en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Diseñar e impartir en el término de tres meses un curso integral de capacitación al personal de las áreas de pediatría sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, en concreto prevención y manejo de infecciones nosocomiales, responsabilidad profesional, trato digno a las y los pacientes, atención de la persona recién nacida prematura, así como la debida observancia y contenido de las normas oficiales mexicanas referidas. Los manuales y el contenido de los cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. En el término de seis meses se adopten medidas efectivas de prevención, que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional y se emita una circular para que

sean registrados aquellos casos en que haya sospecha de probable infección nosocomial, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el término de un mes se emita diversa circular dirigida al personal médico del Hospital General 1, en la que se exhorte al personal de pediatría a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con diligencia, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Remitir un informe sobre las condiciones en que se proporciona la atención médica en el Hospital Regional Núm. 1, concretamente en el área de “cunero patológico”, a fin de verificar si a la fecha ya cuenta con recursos humanos y materiales para su óptimo funcionamiento; y en su caso, se gestione con las autoridades correspondientes para que cuente con instrumentos, equipo, medicamentos, personal médico especializado y todo aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad.

SÉPTIMA. Se colabore con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22, AR23, AR24, AR25, AR26, AR27, AR28, AR29, AR30, AR31, AR32, AR33, AR34, AR35, AR36 y AR37, así como, del personal de la UVEH que resulte responsable y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

OCTAVA. Con independencia de la resolución del Órgano Interno de Control en el IMSS, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas, por lo cual se deberá enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

NOVENA. Designar a la persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

TIEMPO DE TRAMITACIÓN EN LA CNDH:

22 de septiembre de 2015 al 21 de noviembre de 2018 (3 años, 1 mes, 29 días).

ESTADO:

Excedió del tiempo de ser aceptada.

Sobre el caso de las violaciones a los derechos humanos a la seguridad jurídica, medio ambiente, vivienda adecuada, salud y otros derechos humanos, por la explotación de carbón mineral en el Municipio de Sabinas

Ciudad de México, a 22 de noviembre de 2018

AUTORIDADES RESPONSABLES: Secretaría de Economía
Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
Comisión Nacional del Agua
Procuraduría Federal de Protección al Ambiente
Comisión Nacional de Áreas Naturales Protegidas
Gobernador Constitucional del Estado de Coahuila de Zaragoza
Fiscal General del Estado de Coahuila de Zaragoza
Presidente Municipal de Sabinas, Coahuila de Zaragoza

PROCEDIMIENTO: Expediente de Queja

SÍNTESIS DE LOS HECHOS

El 18 de marzo de 2015, QV1, QV2 y QV3, representantes de la ONG, presentaron un escrito ante la Comisión Nacional en el que refirieron diversas violaciones a derechos humanos, con motivo de la extracción de carbón mineral en las localidades de Agujita y Cloete, ambas pertenecientes al Municipio de Sabinas, Coahuila. Expusieron que durante los últimos años la actividad extractiva, desarrollada inicialmente en áreas alejadas de la zona urbana, se ha expandido hasta realizarse en la actualidad en el interior de los poblados, afectando durante dicho proceso áreas verdes y recreativas, la hidrografía de la zona y las vías de comunicación, bajo la consideración de las autoridades municipales de que la licitud de tales actividades se apega a lo dispuesto por el Plan Director de Desarrollo Urbano vigente.

En lo relativo a la localidad de Agujita se indicó que en marzo de 2015, el Presidente Municipal de Sabinas ordenó el desmantelamiento de un parque de béisbol, en virtud de que en esos terrenos se procedería a la explotación de un tajo destinado a la extracción de carbón mineral. Además, respecto de los habitantes de la Colonia Altamira o Barrio Cocedores en Cloete, señalaron que, no obstante contar con títulos de propiedad que acreditan sus derechos, o bien ser partícipes en programas de regularización, funcionarios del Registro Público de la Propiedad les habían informado que muchos de esos documentos carecen de valor, dado que la propiedad de dichos predios correspondía a P1, supuesto propietario de los terrenos donde se lleva a cabo para la extracción mineral, al igual que de las viviendas adyacentes.

Asimismo, manifestaron que como mecanismos de presión para que los habitantes vendieran sus propiedades, se han causado daños en la red del drenaje público, al igual que la obstrucción de los caminos por los cuales se

trasladan a sus casas, con el argumento de que dichas actividades son realizadas en propiedad privada. Incluso, se hizo del conocimiento de este Organismo Nacional que P1, supuesto propietario de la superficie en la que pretendió ampliar las actividades extractivas, presentó querellas por la probable comisión del delito de despojo, contra habitantes de la Colonia Altamira, además de reportarse amenazas y hostigamiento en contra de los miembros de la ONG y otros vecinos de Cloete, por parte de AR2 (funcionario público municipal y concesionario), P1 y P2, sin que dichas conductas se hayan atendido por las autoridades ministeriales.

DERECHOS VULNERADOS

- Derecho a la Seguridad Jurídica
- Derecho al Medio Ambiente
- Derecho a la Vivienda Adecuada
- Derecho a la Salud
- Derecho a la Vida e Integridad
- Derecho de Propiedad
- Derecho al Agua y al Saneamiento
- Derecho de Circulación y Residencia

OBSERVACIONES

En la presente Recomendación se observó que las obras y actividades mineras, realizadas al interior del centro de población del Municipio de Sabinas, al igual que en la Área de Protección de Recursos Naturales “Cuenca Alimentadora del Distrito Nacional de Riego 004 Don Martín vulneran los derechos humanos, por su carácter ilegal en contravención de lo que disponen los regímenes jurídicos de la minería, la evaluación del impacto ambiental, al igual que sobre asentamientos humanos, ordenamiento territorial y desarrollo urbano.

A) Observaciones

Se procedió a exponer el contexto geográfico referente al área de estudio, precisando los municipios y población de la Región Carbonífera en el estado de Coahuila, y con posterioridad analizar la Ley Minera, su Reglamento y disposiciones complementarias; más adelante, el régimen de evaluación del impacto ambiental previsto en la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente. Finalmente, las disposiciones en materia de asentamientos humanos, ordenamiento territorial y desarrollo urbano en las legislaciones generales y estatales aplicables, igualmente los planes directores de desarrollo urbano respectivos.

En todas esas materias, se analizan los apartados relativos a las obras y actividades extractivas materia de la queja, precisando las distintas obligaciones, procedimientos y atribuciones de vigilancia o inspección que corresponden a las autoridades, para determinar las afectaciones que, en su caso se verifican en dichos ordenamientos.

i. Derecho humano a la Seguridad Jurídica

Una vez analizado el marco régimen jurídico de la minería, este Organismo Nacional concluye que las obras y actividades situadas en Agujita y Cloete corresponden a violaciones a la seguridad jurídica derivadas de la inobservancia de las disposiciones del rubro, al igual que su insuficiente aplicación, en perjuicio de quienes residen o transitan en los alrededores de esas instalaciones. Sin embargo, previo a detallar las condiciones que en lo particular guardan los tajos y pocillos en cuestión, es meritorio detallar una serie de observaciones aplicables a la generalidad de centros extractivos en el Municipio de Sabinas (y en general diversos sitios de la Región Car-

bonífera), que permiten dar cuenta de las condiciones bajo las cuales se ha expandido la extracción de carbón en los alrededores, y que son catalogadas igualmente como violaciones al derecho a la seguridad jurídica.

En primer lugar, de los recorridos efectuados por visitadores adjuntos de la Comisión Nacional, que constan en las correspondientes actas circunstancias, se reportó un importante número de centros extractivos que realizan sus actividades bien dentro de lotes que corresponden a concesiones canceladas, o superficies que en ningún momento estuvieron amparadas por los respectivos títulos, circunstancia que no sólo infringe lo dispuesto por la Ley Minera y su Reglamento, además de resultar constitutiva de las sanciones que se prevén, sino de las disposiciones Ley General de Bienes Nacionales (particularmente en su artículo 150), y a lo que establece directamente el cuarto párrafo del artículo 27 de la Constitución Política.

En segundo lugar, y para lo cual basta realizar una consulta en el Sistema de Administración Minera de la Secretaría de Economía, un número importante de lotes mineros están ubicados parcial o totalmente dentro de superficies comprendidas dentro de poblaciones, áreas naturales protegidas, cuerpos hídricos incorporados al régimen de aguas nacionales, o vías generales de comunicación, y que en todo caso deberían satisfacer los requisitos que dispone el artículo 20 de la Ley Minera.

Conforme al segundo párrafo del artículo 20 de la Ley Minera, las actividades extractivas en dichos sectores únicamente podrán realizarse tras recabar las autorizaciones, permisos, o concesiones que para tal efecto correspondan y conforme a lo dispuesto por la legislación aplicable. De igual manera, que el incumplimiento a la disposición en cita es un supuesto para cancelación de la concesión minera en cuestión, de acuerdo con la fracción VII del artículo 55 del ordenamiento en cita.

Otra observación es la relativa a los alcances del artículo 6 de la Ley Minera, en cuanto al carácter preferente de la exploración, explotación o beneficio de minerales y sustancias sobre cualquier uso o aprovechamiento del terreno, que se ha interpretado como una eximente para la observancia de lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 20 de la Ley Minera. Lo anterior, conforme a lo señalado por la propia Secretaría de Economía en el informe presentado a la Comisión Nacional mediante oficio 110-03-3881-2015, y por las autoridades municipales de Sabinas, a partir de entrevistas efectuadas con visitadores adjuntos, gestiones que igualmente constan en las actas circunstanciadas respectivas.

En cuarto lugar, que el empleo simultáneo o sucesivo de técnicas extractivas en una misma superficie incide directamente en la estabilidad del sustrato, como también lo es la existencia de posibles infiltraciones provenientes de vías hidrológicas aledañas (Río Sabinas y sus afluentes), o el anegamiento de tajos o pocillos. Bajo el riesgo de que puedan suscitarse roturas, deslizamientos o hundimientos, que repercutan en los trabajadores o miembros de las comunidades vecinas (con mayor razón, si se trata de zonas densamente pobladas), respecto de su seguridad, integridad, vida e incluso propiedades. Por lo anterior, es indispensable el cumplimiento de las obligaciones previstas en las fracciones IV y V del artículo 27 de la Ley Minera, como para prevenir la suspensión de obras y trabajos con fundamento de lo que establece el artículo 43 de ese ordenamiento.

Por último, si bien las obligaciones de los concesionarios mineros y sus contratistas se encuentran claramente definidas por la Ley Minera y su Reglamento, se observó que en los centros extractivos analizados en la presente Recomendación, y en general la Región Carbonífera, es frecuente la subcontratación de derechos mineros, fenómeno que puede derivar en una falta de eficacia en el cumplimiento de las obligaciones previstas por la materia, como también dificultades en la determinación de responsabilidades. Por lo tanto, una adecuada observancia de las disposiciones registrales que establece el Capítulo Sexto de la Ley Minera resulta crucial para atribuir las infracciones al ordenamiento, como concluir la nulidad o invalidez de los actos jurídicos de los cuales se carezca de registro.

Tales conclusiones resultan aplicables a la situación particular que guardan los centros de extracción ubicados tanto en la localidad de Agujita, como dentro y en los alrededores de las colonias Altamira y Lomas Altas en Cloete, en los que se advirtieron igualmente violaciones al derecho humano a la seguridad jurídica.

Al igual que en el apartado sobre el régimen jurídico de la minería, la Comisión Nacional observa violaciones al derecho humano a la seguridad jurídica, motivadas en una falta de exhaustividad en el análisis, por parte de la SEMARNAT, a la manifestación de impacto presentada por la Unión Mexicana de Productores de Carbón; en rubros como la afectación a las áreas naturales protegidas y cuenca hidrológica circundantes, e igualmente la identificación y evaluación de los impactos señalados por la Unión Mexicana de Productores de Carbón.

Conforme a lo señalado, las afectaciones señaladas no sólo dan cuenta de importantes omisiones por parte de la SEMARNAT, sino que originan un estado de impunidad ante obras y actividades autorizadas a la organización mencionada, y los concesionarios agremiados a ellas, a partir de lo establecido en la autorización SGPA/DGIRA.DEI.1875.05. Asimismo, cabe mencionar que las violaciones al derecho humano a la seguridad jurídica tienen repercusión no sólo para los centros extractivos situados en Agujita o las colonias Altamira y Lomas Altas en Cloete, sino al referirse a un procedimiento y autorización con alcance regional, las violaciones mencionadas trascienden a la totalidad del ámbito geográfico que corresponde a la resolución mencionada.

A la par de las violaciones al derecho a la seguridad jurídica que se refieren al procedimiento de evaluación del impacto ambiental, y la autorización correspondiente, este Organismo Nacional observa que las omisiones e insuficiente inspección y vigilancia en el cumplimiento de la autorización SGPA/DGIRA.DEI.1875.05 o, en general la LGEEPA y su Reglamento de la materia, implican igualmente afectaciones al derecho humano señalado. De ahí que resulta necesario abordar separadamente las distintas localidades donde se desenvuelve la problemática analizada, con independencia de que en los hechos forman parte de la misma continuidad urbano-demográfica.

Como en los apartados correspondientes a los regímenes jurídicos de la minería y la evaluación del impacto ambiental, la Comisión Nacional observa que, en cuanto al ámbito ahora analizado, existen igualmente violaciones al derecho a la seguridad jurídica motivadas en la omisión de observar las normas relativas a los asentamientos humanos, ordenamiento territorial y desarrollo urbano, o bien, ante la insuficiencia en dotar de efectividad a las disposiciones correspondientes, particularmente en contravención de los usos de suelo establecidos.

Antes de abordar las violaciones al derecho humano a la seguridad jurídica que corresponden particularmente a las obras y actividades extractivas en Agujita y Cloete, es meritorio destacar aquellas afectaciones de alcance general que inciden sobre la situación jurídica analizada.

En primer lugar, si bien a fines de 2017 se expidió la legislación estatal que armoniza las pautas que establece la Ley General de Asentamientos Humanos, Ordenamiento Territorial y Desarrollo Urbano, es imprescindible efectuar la adecuación de las disposiciones de índole legislativo, como también reglamentario, igualmente, de los planes y programas que refieren los transitorios de los ordenamientos general y estatal.

Se observó un importante número de centros extractivos ubicados dentro del perímetro del centro de población del municipio de Sabinas, en áreas con usos de suelo diversos al requerido para llevar a cabo obras y actividades de tal índole, en contravención a lo previsto por los ordenamientos y los planes o programas analizados.

ii. Derecho humano al medio ambiente

Del análisis a las condiciones en las que se ha llevado a cabo la explotación mineral, a la luz de los regímenes jurídicos aplicables, aunado las externalidades negativas asociadas con dichas obras y actividades, la Comisión

Nacional concluye que las obras y actividades abordadas implican afectaciones al derecho al medio ambiente sano, en sus distintas vertientes.

En lo individual, la situación jurídica planteada repercute en las personas que habitan, transitan o realizan actividades recreativas en los alrededores de las obras y actividades mineras analizadas. Particularmente, en el caso de situadas dentro o en los alrededores de las colonias Altamira y Lomas Altas en Cloete, los habitantes de dichas demarcaciones están sujetos a un alto grado de vulnerabilidad, asociado a la proximidad geográfica de sus viviendas.

Desde la óptica colectiva, los riesgos e impactos asociados con el deterioro ambiental, como también los actos y omisiones administrativos conexos, repercuten también sobre la generalidad de la población presente y futura de la población del Municipio de Sabinas, e incluso un mayor sector resulta afectado por la degradación e irregularidades observadas en el régimen de áreas naturales protegidas, las vías hidrológicas, o bien por las anomalías detectadas en el procedimiento de evaluación de impacto ambiental de carácter regional. Por otra parte, la degradación de los componentes ambientales, bajo las condiciones señaladas, se traduce igualmente en afectaciones que repercuten en dichos elementos, aún en ausencia de certeza o evidencia sobre el riesgo a las personas.

ii. Derecho humano a la vivienda adecuada

Las perturbaciones originadas por la existencia de obras y actividades mineras en el entorno urbano, y en general, dentro o las inmediaciones de asentamientos humanos, pueden explicitarse también bajo la óptica del derecho humano a la vivienda, particularmente la degradación del entorno, o generación de condiciones de riesgo en la calidad de vida de las personas.

Este Organismo Nacional concluyó las violaciones al derecho humano a partir de las inobservancia del papel que guardan los planes y programas de ordenamiento territorial y urbano; seguidas de las consideraciones correspondientes a la aplicación, en el ámbito administrativo, de las disposiciones de la Ley Minera, y las relativas a asentamientos humanos, ordenamiento territorial y desarrollo urbano de Coahuila, por lo que hace a la preferencialidad en el uso de suelo destinado a la extracción mineral y declaratorias de zonas de riesgo. Finalmente, de los conceptos de disponibilidad, habitabilidad y lugar en del derecho humano en cuestión, que derivan de actos y omisiones administrativas en particular, y las consideraciones relativas a la asequibilidad y seguridad en la tenencia.

iii. Derecho humano a la salud

Las afectaciones ambientales y las vulneraciones en la habitabilidad o lugar de la vivienda implican un menoscabo en los factores determinantes de la salud humana, por lo que constituyen también violaciones al derecho humano a la salud. El respeto y protección de dichos factores, junto con la adopción de medidas encaminadas al cumplimiento de ese mandato, se encuentran previstos directamente en el inciso b) del segundo párrafo del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales, donde se establece la necesidad de adoptar medidas enfocadas a asegurar la plena efectividad del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Se ha considerado que la minería, al igual que la industria asociada con la transformación y refinamiento de sus aprovechamientos, constituyen actividades altamente riesgosas para la seguridad y salud humanas, en atención al tipo de instrumentos, obras y procesos empleados, además de la exposición a sustancias o minerales nocivos extraídos o utilizados para la explotación. De ahí, que se justifique la incorporación de disposiciones en materia de seguridad en el ordenamiento específico que rige a esas actividades extractivas, como en los relativos a medio ambiente, ordenamiento territorial y urbano, además del ámbito laboral.

La alteración de las estructuras del suelo y la red hidrológica (sea subterránea o superficial), al igual que la emisión de gases y/o partículas suspendidas totales y polvos fugitivos (que se desprenden de la minería, construcción y transporte), o el ruido y las vibraciones, son indiscutiblemente variables de carácter ambiental que repercuten negativamente en la salud y seguridad de las personas, de ahí que es indispensable una evaluación exhaustiva de los riesgos e impactos asociados con dichas actividades, aunado al establecimiento de términos y condicionantes adecuados. Igualmente, la aplicación de disposiciones en materia de seguridad industrial y gestión de riesgos, instituidas por el régimen de la minería o del desarrollo urbano.

iv. Derechos humanos a la vida e integridad personal

En la determinación de violaciones a los derechos humanos a la vida e integridad corporal sobre la base de alteraciones en el entorno, no sólo tiene por sustento la existencia de impactos en la salud, ambiente o condiciones de vivienda, sino en la ausencia de observancia, o cumplimiento deficiente, de las obligaciones generales de respeto, protección y garantía, por lo que se engloban cuestiones relacionadas con la falta de prevención (o insuficiencia de los mecanismos preventivos o de evaluación) y la generación de condiciones de riesgo.

Las afectaciones derivadas de la presencia de obras y centros extractivos que implican riesgos e impactos en las vías hidrológicas, los centros de población y áreas naturales protegidas, y que en lo sustantivo han sido analizadas en los ámbitos de los derechos humanos a la seguridad jurídica, medio ambiente sano, vivienda y salud, se conceptualizan también como afectaciones a los derechos a la vida e integridad personal. Ello, bajo la consideración de que los hechos, omisiones, insuficiencias e irregularidades observadas inciden en la existencia digna y las condiciones básicas para el ejercicio de otros derechos humanos, por tratarse de riesgos que conllevan un potencial de alto impacto en la población y el entorno.

v. Derecho humano de propiedad

Como lo externó este Organismo Nacional en su Recomendación 11/2018, el derecho humano a la propiedad está reconocido en los artículos 27 de la Constitución Política, el 21 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y XXIII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en los que se establece el derecho de toda persona a usar, gozar, disfrutar y disponer de sus bienes.

En el presente análisis, este Organismo Nacional observa que las violaciones al derecho humano a la propiedad se agrupan en dos grandes sectores: por un lado, las que se motivan en las perturbaciones producidas por las obras y actividades mineras en las viviendas, además de las condiciones de riesgo generadas por tales procesos, en consideración a las violaciones a los derechos humanos a la seguridad jurídica, medio ambiente y vivienda. Por otro lado, aquellas afectaciones que se sustentan en la inseguridad jurídica de la tenencia, descritas en el apartado del derecho a la vivienda.

vi. Derecho humano al agua y saneamiento

Este Organismo Nacional observa que las alteraciones al curso del Arroyo Cloete, y en general las descargas producto de la actividad minera en la cuenca del Río Sabinas implican violaciones al derecho humano al agua, como consecuencia de la vulneración del entorno hidrológico, independientemente de las vulneraciones que recaigan en otros derechos humanos.

La insuficiente inspección y vigilancia en el cumplimiento de los términos o condicionantes de la resolución ambiental regional ha propiciado condiciones de alteración de la calidad del agua en la mencionada vía hidrológica, como se reconoce en el propio análisis de la SEMARNAT. Adicionalmente la realización de obras y actividades extractivas tanto en el cauce y zona federal del Río Sabinas y sus afluentes, sin una supervisión exhaustiva por

parte de la CONAGUA en cuanto a la sujeción de las condiciones previstas en los permisos o concesiones otorgados para tal fin, e incluso la ausencia de los mismos, repercute en la calidad de los recursos hídricos, su disponibilidad y viabilidad. Tales circunstancias se inscriben como supuestos de inobservancia de las obligaciones de respeto y garantía, y por tal motivo constituyen violaciones al derecho humano al agua.

En lo particular, y como se asentó en distintos pasajes de este documento, la desviación del cauce del Arroyo Cloete en virtud de las obras y actividades extractivas, la realización de obras dentro en la zona federal de esa vía hidrológica sin supervisión, aunado a la inobservancia del perímetro destinado a la preservación de cuerpos de agua y escurrimientos, además de excavaciones en profundidades inferiores al nivel freático, repercuten igualmente en el goce y ejercicio del derecho humano al agua, por inobservancia de las obligaciones de respeto y garantía, como consecuencia de la insuficiente inspección y vigilancia de dichos trabajos realizados por particulares, y también ante la falta de imposición de medidas de seguridad, correctivas o de remediación en la vía hidrológica, más al tratarse de instalaciones en estado de abandono, como en el caso de los tajos 2 y 3 en Cloete.

vii. Derechos humanos de circulación y residencia

Finalmente, los planteamientos que se presentaron en el apartado del derecho humano a la vivienda digna pueden conceptualizarse también como restricciones a la circulación y residencia, en perjuicio de quienes habitan o transitan los alrededores de tajos o pozos situados en áreas urbanas de Cloete y Agujita.

Como antes se mencionó, las restricciones ilegítimas que derivan de la preferencialidad del uso de suelo extractivo conforme a la Ley Minera y al texto de la (hoy derogada) Ley de Asentamientos Humanos y Desarrollo Urbano de Coahuila, al igual que las zonas de riesgo previstas en el articulado de la legislación estatal vigente del rubro, favorece la ocurrencia de desalojos forzosos de quienes residen en viviendas afectadas por actividades mineras irregulares. Ello, en razón de que las disposiciones transcritas obstaculizan y restringen la habitabilidad en dichos sitios, o bien es un factor disuasivo para los habitantes por riesgos e impactos que puedan existir en términos ambientales, de salud o de seguridad estructural. Por lo tanto, dichas vulneraciones correspondientes al derecho humano a la vivienda son interdependientes al goce y ejercicio de los derechos humanos a la circulación y residencia, con mayor razón al originarse por actividades extractivas irregulares.

Por último, la Comisión Nacional considera de no menor importancia destacar que las afectaciones y obstrucciones en vialidades peatonales y destinadas al tránsito vehicular en la Colonia Altamira, como resultado del emplazamiento de infraestructura minera, suponen de igual manera violaciones al derecho humano a la circulación, al restringir o vulnerar de forma ilegítima la movilidad de las habitantes y residentes de las demarcaciones en cita. Igualmente, el incremento de condiciones de riesgo, ante la posibilidad de que existan socavones o desgajamientos en vías de comunicación, ante la cercanía de las paredes de tajos a vialidades, como en la obra localizada en Agujita.

B) Responsabilidad

Las afectaciones persistentes y continuas al medio ambiente, sus componentes, al igual que el entorno, seguridad, bienestar y condiciones de vida de las personas, especialmente en contexto de vulnerabilidad, son casos en los que este Organismo Nacional ha documentado que la existencia de responsabilidad institucional, al considerarse que los órganos han omitido cumplir en plenitud con sus atribuciones y responsabilidades, así como adoptar medidas preventivas, de carácter administrativo, económico y/o de restauración para su atención.

En la presente Recomendación, la Secretaría de Economía, la SEMARNAT, la CONAGUA, la PROFEPA, la CONANP, el Gobierno Estatal y el Municipio de Sabinas, incurren en responsabilidad institucional al no prevenir,

investigar, sancionar y reparar la persistente y continua explotación irregular o ilegal de carbón mineral, aunado a las afectaciones las vulneraciones producidas por la planificación, desarrollo, ejecución y abandono de las obras y actividades extractivas de referencia, ante lo cual han omitido cumplir en plenitud sus atribuciones, así como adoptar las medidas legislativas, administrativas y sociales correspondientes. Lo anterior en consideración a los siguientes aspectos atribuibles en lo particular a dichas autoridades.

Por lo anterior, este Organismo Nacional destaca la necesidad de que las autoridades responsables lleven a cabo las investigaciones encaminadas a determinar, conforme a lo expuesto en la presente Recomendación, las acciones u omisiones atribuibles a los servidores públicos de dichas instancias, por el incumplimiento a las obligaciones previstas en los artículos 1o., párrafos primero, segundo y tercero, 108, párrafo primero y 109 constitucionales, el Código Penal Federal, Código Penal de Coahuila de Zaragoza, al igual que la Ley General de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos Estatales y Municipales del Estado de Coahuila.

E) Reparación del daño

Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño por responsabilidad del Estado es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, previsto en los artículos 1o. párrafo tercero, 102 apartado B, 108 y 109 de la Constitución Política y 44 párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, en perjuicio de QV1, QV2, QV3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24, V25, V26, V27, V28, V29, V30, V31, V32, V33 y, en general, los demás residentes de las colonias Altamira y Lomas Altas afectados en sus derechos por las obras y actividades mineras, al igual que como consecuencia de las afectaciones colectivas a vialidades y red de servicios públicos en las demarcaciones mencionadas.

En este sentido, conforme a los artículos 1o., párrafos tercero y cuarto, 7 fracción II y 26 de la Ley General de Víctimas, y en el ámbito local en los artículos 1 y 9 de la Ley de Víctimas para el Estado de Coahuila de Zaragoza, existe la obligación de las autoridades de los ámbitos federal, el Gobierno Estatal y el Municipio de Sabinas de reparar a las víctimas de una forma integral y, correlativamente, las víctimas tienen derecho a acceder a una reparación integral por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones a derechos humanos que les causaron, a través de las medidas de restitución, rehabilitación, satisfacción y no repetición.

RECOMENDACIONES

A usted Secretario de Economía:

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, y en el ámbito de sus facultades, se brinde la reparación integral a QV1, QV2, QV3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24, V25, V26, V27, V28, V29, V30, V31, V32, V33, y, en general, los demás residentes de las colonias Altamira y Lomas Altas afectados en sus derechos por las obras y actividades mineras, en los términos de la Ley General de Víctimas y se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Economía, contra los servidores públicos responsables de las irregularidades

administrativas que derivaron en las violaciones a los derechos humanos, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se incorporen copias de la presente Recomendación en los expedientes laborales de los servidores públicos a quienes se atribuya responsabilidad, con el objeto de que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. En el plazo de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, iniciar los procedimientos encaminados a verificar la legalidad y cumplimiento de obligaciones previstas por la Ley Minera en los lotes amparados por las concesiones 202046, 161543 y 216996, asimismo, para que se determinen las responsabilidades administrativa o penal correspondientes a la explotación mineral ilegal en los lotes que ampararon a las concesiones 221614 y 217332, al igual que los pocillos ubicados en los límites entre las colonias Altamira y Lomas; y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En un plazo de tres meses siguientes a la aceptación de la presente Recomendación, se inicie un programa de inspección en la Región Carbonífera del Estado de Coahuila, que considere, entre otras cuestiones, la vigencia de los títulos de concesión, cumplimiento de obligaciones de los concesionarios y la satisfacción de los permisos, autorizaciones o concesiones previstas en la Ley Minera, en coordinación con otras autoridades federales, estatales y municipales, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. En el plazo de seis meses siguientes a la aceptación de la presente Recomendación, en colaboración con las instituciones académicas y profesionales que estime pertinentes, se elabore un diagnóstico sobre propuestas de modificación al Reglamento de la Ley Minera u otras disposiciones análogas cuya implementación y aplicación sea responsabilidad de la Secretaría de Economía, a fin de prevenir, sancionar e investigar, dentro de la esfera administrativa, las violaciones a los derechos humanos descritos en la presente Recomendación; debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. En un mes posterior a la aceptación de la presente Recomendación, emitir y dirigir una circular a los servidores públicos de las dependencias y servidores públicos pertenecientes al sector minero, en la que, a efecto de prevenir violaciones de los derechos humanos se informe sobre la obligación de verificar, el cumplimiento, de los concesionarios mineros y sus contratistas de las autorizaciones, permisos, licencias y concesiones en términos de la Ley Minera, y sobre las obligaciones en materia de seguridad, medio ambiente y derecho de propiedad que establece ese ordenamiento, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. En seis meses posteriores a la aceptación de la presente Recomendación, se prepare e imparta un taller de capacitación dirigido a servidores públicos pertenecientes al sector minero de la Secretaría de Economía, sobre derechos humanos y la prevención, sanción e investigación a sus violaciones, en el otorgamiento y observancia de concesiones o asignaciones mineras; con especial énfasis en la protección del medio ambiente, la salud y condiciones dignas de vivienda, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

NOVENA. Designe al servidor público de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

A usted Secretario de Medio Ambiente y Recursos Naturales:

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, y en el ámbito de sus facultades, se brinde la reparación integral a QV1, QV2, QV3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24, V25, V26, V27, V28, V29, V30, V31, V32, V33, y, en general, los demás residentes de las colonias Altamira y Lomas Altas afectados en sus derechos por las obras y actividades mineras, en los términos de la Ley General de Víctimas y se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en la SEMARNAT, contra los servidores públicos responsables de las irregularidades administrativas que derivaron en las violaciones a los derechos humanos, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se incorporen copias de la presente Recomendación en los expedientes laborales de los servidores públicos a quienes se atribuya responsabilidad, con el objeto de que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Dentro de los tres meses posteriores a la aceptación de la presente Recomendación, se realice un diagnóstico sobre las modificaciones o actualizaciones aplicables a la autorización en materia de impacto ambiental SGPA/DGIRA.DEI.1875.05, en los rubros de caracterización ambiental, evaluación de impactos, términos y condicionantes previstos en dicha resolución, conforme a las observaciones plasmadas en la presente Recomendación, sin omitir, en su caso, la revocación y sustitución por otra resolución administrativa regional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se difunda en un apartado accesible e identificable para el público en su página electrónica, los informes de cumplimiento, acta constitutiva y plan de manejo previstos en los términos de la autorización SGPA/DGIRA.DEI.1875.05, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. En los seis meses siguientes a la aceptación de la presente Recomendación, realice un diagnóstico sobre la modificación, actualización, revocación o sustitución, de las autorizaciones regionales que corresponden a las demás microrregiones de la Región Carbonífera, promovidas por la Unión Mexicana de Productores de Carbón, la Unión Nacional de Productores de Carbón, u otras agrupaciones análogas, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. En un mes posterior a la aceptación de la presente Recomendación, emitir y dirigir una circular a los servidores públicos de esa Secretaría que participan en procedimientos de evaluación del impacto ambiental, en la que, con el objeto de prevenir violaciones de los derechos humanos, se informe sobre la obligación de verificar la legalidad, vigencia y características particulares de las concesiones mineras, e identificar exhaustivamente si en los perímetros correspondientes existen ecosistemas, vías hidrológicas, especies de flora y fauna, áreas naturales protegidas o asentamientos humanos, que por sus características motiven la sujeción a condicionantes, exclusión y negativa parcial o total para efectuarlas, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. En los seis meses posteriores a la aceptación de la presente Recomendación, se prepare e imparta un taller de capacitación dirigido a servidores públicos señalados en el punto recomendatorio anterior y de sus Dele-

gaciones Federales, sobre la evaluación del impacto ambiental con el goce y ejercicio de los derechos humanos, particularmente en lo que se refiere a industrias extractivas, áreas naturales protegidas y asentamientos humanos, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

NOVENA. Designe al servidor público de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

A usted Director General de la Comisión Nacional del Agua:

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, y en el ámbito de sus facultades, se brinde la reparación integral a QV1, QV2, QV3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24, V25, V26, V27, V28, V29, V30, V31, V32, V33, y, en general, los demás residentes de las colonias Altamira y Lomas Altas afectados en sus derechos por las obras y actividades mineras, en los términos de la Ley General de Víctimas y se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en la CONAGUA, contra los servidores públicos responsables de las irregularidades administrativas que derivaron en las violaciones a los derechos humanos, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se incorporen copias de la presente Recomendación en los expedientes laborales de los servidores públicos a quienes se atribuya responsabilidad, con el objeto de que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. En el mes siguiente a la aceptación de la presente Recomendación, difunda en un apartado accesible e identificable para el público en la página electrónica de esa Comisión, los permisos y autorizaciones otorgados a los concesionarios, contratistas u operarios de los tajos ubicados en Cloete, correspondientes a los trabajos de desviación al cauce del Arroyo Cloete y la extracción mineral en la zona federal relativa a dicha vía hidrológica, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de un mes posterior a la aceptación de la presente Recomendación, se inicien los procedimientos para determinar las responsabilidades administrativas o penales por las desviaciones y explotaciones en aguas nacionales y sus bienes inherentes, que se hubieren efectuado sin los permisos o concesiones correspondientes, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. En un plazo de tres meses siguientes a la aceptación de la presente Recomendación, se inicie un programa de verificación de los permisos y autorizaciones de descarga, desviación de cauces para la realización de actividades mineras, al igual que trabajos extractivos en las zonas federales correspondientes a los ríos San Juan, Álamos y Sabinas, y a sus afluentes regulares e intermitentes sujetos a competencia federal, en coordinación con otras autoridades del ámbito federal, estatal y municipal, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. En los seis meses posteriores a la aceptación de la presente Recomendación, se desarrolle y difunda a las autoridades involucradas en este documento y otras que estime pertinentes, e igualmente en un apartado accesible e identificable para el público en su página electrónica, un estudio sobre el Río Sabinas y sus afluentes

sujetos a competencia federal, identificando: i) conformidad con los parámetros previstos en las normas oficiales aplicables, ii) principales riesgos e impactos derivados de las actividades humanas y, específicamente, la minería en la Región Carbonífera, ii) estrategias para la prevención, mitigación y/o atención de los factores que inciden sobre la calidad del sistema hidrológico de referencia, y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. Designe al servidor público de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

A usted Procurador Federal de Protección al Ambiente:

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, y en el ámbito de sus facultades, se brinde la reparación integral a QV1, QV2, QV3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24, V25, V26, V27, V28, V29, V30, V31, V32, V33, y, en general, los demás residentes de las colonias Altamira y Lomas Altas afectados en sus derechos por las obras y actividades mineras, en los términos de la Ley General de Víctimas y se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en la SEMARNAT, contra los servidores públicos responsables de las irregularidades administrativas que derivaron en las violaciones a los derechos humanos, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se incorporen copias de la presente Recomendación en los expedientes laborales de los servidores públicos a quienes se atribuya responsabilidad, con el objeto de que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. En un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, iniciar los procedimientos para verificar la observancia de los términos y condicionantes previstos por la autorización en materia de impacto ambiental emitida mediante oficio SGPA/DGIRA.DEI.1875.05, respecto de obras y actividades efectuadas al amparo de los títulos de concesión 202046 ("Cloete III Fracc. I") y 161543 ("Cloete Sur"), y se determine lo que conforme a derecho y sus atribuciones corresponda en los ámbitos administrativo, o incluso penal, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, iniciar los procedimientos encaminados a determinar lo que conforme a derecho y sus atribuciones corresponda en los ámbitos administrativo o penal, respecto de las obras y actividades mineras efectuadas en los lotes amparados por los títulos de concesión 216996 ("Cloete Centro"), 221614 ("El Espulgue") cancelado, y 217332 ("Cloete Norte"), igualmente cancelado, como también los pocillos situados en el área limítrofe entre las colonias Altamira y Lomas Altas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. En un plazo de tres meses siguientes a la aceptación de la presente Recomendación, se inicie un programa de verificación de obras y actividades de exploración y explotación mineras en la Región Carbonífera, sobre la satisfacción de los requisitos legales en la materia, los términos y condicionantes previstos en las respectivas autorizaciones o permisos, y la no afectación en lo general del perímetro de la "Cuenca Alimentadora del Distrito Nacional de Riego 004 Don Martín", en coordinación con otras autoridades del ámbito federal, estatal y municipal, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. En el mes posterior a la aceptación de la presente Recomendación, emitir y dirigir una circular a sus servidores públicos de las Subprocuradurías y Delegaciones Federales, en la que, con el objeto de prevenir violaciones de los derechos humanos, se informe sobre la obligación de verificar en obras y actividades mineras sujetas a inspección, la vigencia u otorgamiento de las autorizaciones en materia de impacto ambiental, los ámbitos territorial, personal, territorial que establecen dichas resoluciones, además de los permisos, concesiones o autorizaciones conexos, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. En los seis meses posteriores a la aceptación de la presente Recomendación, se prepare e imparta un taller de capacitación dirigido a servidores públicos e inspectores en sus Delegaciones Federales, relativo a la protección, respeto y garantía de los derechos humanos, al igual que la prevención, sanción e investigación a sus violaciones en el marco de sus atribuciones, en materia de actividades extractivas, mega proyectos, áreas naturales protegidas y asentamientos humanos, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. Designe al servidor público de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

A usted Comisionado Nacional de Áreas Naturales Protegidas:

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, y en el ámbito de sus facultades, se brinde la reparación integral a QV1, QV2, QV3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24, V25, V26, V27, V28, V29, V30, V31, V32, V33, y, en general, los demás residentes de las colonias Altamira y Lomas Altas afectados en sus derechos por las obras y actividades mineras, en los términos de la Ley General de Víctimas y se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En los seis meses siguientes a la aceptación de la presente Recomendación, formule y remita para posterior publicación en el Diario Oficial de la Federación, el programa de manejo del Área de Protección de Recursos Naturales “Cuenca Alimentadora del Distrito Nacional de Riego 004 Don Martín, en lo respectivo a las Subcuencas de los Ríos Sabinas, Álamo, Salado y Mimbres”, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. En coordinación con la SEMARNAT y el Gobierno Estatal, en los cuatro meses siguientes a la aceptación de la presente Recomendación, instruya a quien corresponda para preparar e implementar un programa de difusión de las áreas naturales protegidas de competencia federal o estatal, de importancia para la conservación de las aves (AICA), regiones terrestres e hidrológicas prioritarias, y aquellas sujetas a protección internacional, situadas en la Región Carbonífera o con interrelación en ella, remitiendo a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Designe al servidor público de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

A usted Gobernador Constitucional de Coahuila de Zaragoza y Presidente Municipal de Sabinas:

PRIMERA. En los tres meses siguientes a la aceptación de la presente Recomendación, realizar un diagnóstico sobre las condiciones de estabilidad en el suelo de las colonias Altamira y Lomas Altas, las áreas susceptibles a

fisuras, deslizamientos y agrietamientos, identificando las viviendas afectadas por las obras y actividades mineras, o aquellas en situación de riesgo; con el objeto de adoptar las medidas de mitigación, atención y prevención que correspondan, a través de las acciones, declaratorias, planes o programas que se estimen pertinentes, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. En los tres meses posteriores a la aceptación de la presente Recomendación, giren sus instrucciones para adoptar un programa de regularización de la vivienda en la Colonia Altamira, que deberá considerar los antecedentes el proceso de urbanización, las aportaciones, en su caso, realizadas al Fideicomiso de Desarrollo de la Villa de Cloete y los certificados emitidos en el marco de dicho instrumento, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Designen al servidor público de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para el cumplimiento de los puntos recomendatorios, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

A usted Gobernador Constitucional de Coahuila de Zaragoza:

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, y en el ámbito de sus facultades, se brinde la reparación integral a QV1, QV2, QV3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24, V25, V26, V27, V28, V29, V30, V31, V32, V33, y, en general, los demás residentes de las colonias Altamira y Lomas Altas afectados en sus derechos por las obras y actividades mineras, en los términos de la Ley General de Víctimas al igual que la Ley de Víctimas para el Estado de Coahuila de Zaragoza y se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante la Secretaría de Fiscalización y Rendición de Cuentas de Coahuila de Zaragoza, contra los servidores públicos responsables de las irregularidades administrativas que derivaron en las violaciones a los derechos humanos, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se incorporen copias de la presente Recomendación en los expedientes laborales de los servidores públicos a quienes se atribuya responsabilidad, con el objeto de que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. En las iniciativas presentadas al tenor de los artículos transitorios Tercero y Octavo, respectivamente, de las leyes General de Asentamientos Humanos, Ordenamiento Territorial y Desarrollo Urbano, y de Asentamientos Humanos, Ordenamiento Territorial y Desarrollo Urbano de Coahuila, se establezcan de manera expresa disposiciones encaminadas a prevenir y sancionar violaciones a los derechos humanos derivadas de actividades extractivas en y los alrededores de los asentamientos humanos, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En el mes posterior a la aceptación de la presente Recomendación, de acuerdo con los artículos transitorios Quinto y Cuarto, respectivamente, de las leyes General de Asentamientos Humanos, Ordenamiento Territorial y Desarrollo Urbano, y de Asentamientos Humanos, Ordenamiento Territorial y Desarrollo Urbano de Coahuila, se remita la presente Recomendación a las autoridades, institutos de planeación y consejos consultivos, de los ámbitos estatal, metropolitano y municipal en el estado de Coahuila, para que se adopten los mecanismos dirigidos a prevenir y sancionar violaciones a los derechos humanos derivadas de actividades extractivas, y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. En un plazo de tres meses siguientes a la aceptación de la presente Recomendación, se inicie un programa de inspección sobre las actividades realizadas en el “Área de Protección de los Recursos Naturales del Río Sabinas” y su conformidad con Ley del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente del Estado de Coahuila, al igual que la sujeción de las actividades relacionadas con la minería a las disposiciones de la Ley de Asentamientos Humanos, Ordenamiento Territorial y Desarrollo Urbano de Coahuila de Zaragoza, en el ámbito de sus atribuciones y en coordinación con otras autoridades del ámbito federal, estatal y municipal, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. En seis meses posteriores a la aceptación de la presente Recomendación, preparar e implementar un programa de monitoreo de la calidad del aire por emisiones provenientes de la industria de la extracción, manejo y procesamiento del carbón mineral en la Región Carbonífera, en seguimiento y de conformidad con los criterios del Sistema Nacional de Información de la Calidad del Aire, y conforme a la norma oficial mexicana en la materia, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. En los seis meses posteriores a la aceptación de la presente Recomendación, y en coordinación con las autoridades estatales y municipales de salud, preparar e implementar un programa de atención médica especializada de sectores no ocupacionales, relativa a padecimientos asociados o relacionados con la exposición a los procesos e industrias que se analizan en la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

NOVENA. En el plazo de seis meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, de acuerdo con los requisitos que establecen las leyes de Asentamientos Humanos, Ordenamiento Territorial y Desarrollo Urbano de Coahuila y de Protección Civil de Coahuila, se adopte un protocolo para la presentación, elaboración y evaluación, por parte de los sujetos obligados, de los programas de prevención de accidentes internos y externos en minería, acorde a las observaciones plasmadas en la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

DÉCIMA. En los seis meses posteriores a la aceptación de la presente Recomendación, se adopte normatividad encaminada a que, en la compra o adquisición de sustancias o minerales por parte de la PRODEMI o la Impulsora Minera del Estado de Coahuila, se verifique el respeto y protección a los derechos humanos por los productores mineros, como en las operaciones de venta o suministro realizadas por dichas paraestatales; conforme a los “Principios Rectores”, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

DÉCIMA PRIMERA. En coordinación con las autoridades municipales, en el plazo de seis meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se desarrolle y difunda en un apartado accesible e identificable para el público en el Sistema Estatal de Información del Desarrollo Urbano y el Ordenamiento Territorial, un “atlas” sobre asentamientos humanos en situación de riesgo por su cercanía con obras y actividades extractivas, considerando la zonificación existente en los sitios, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

DÉCIMA SEGUNDA. En los seis meses siguientes a la aceptación de la presente Recomendación, formule y publique en el Periódico Oficial, el programa de manejo y/o gestión del “Área de Protección de los Recursos Naturales del Río Sabinas”, y los estudios de recategorización que se estimen pertinentes, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

DÉCIMA TERCERA. En el plazo de seis meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, instruya a quien corresponda para formular y publicar un plan o programa regional en materia de protección de asentamientos humanos, ordenamiento territorial y desarrollo urbano de la Región Carbonífera, encaminado a la protección de los derechos humanos al medio ambiente, vivienda y salud de pobladores de dicha demarcación,

frente a la realización de actividades extractivas, y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

DÉCIMA CUARTA. En el plazo de seis meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, conforme a la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos y su correlativa ley estatal, se formule y publique un plan de manejo integral de residuos sólidos para la Región Carbonífera, que establezca acciones para prevenir, mitigar, atender y sancionar obras mineras empleadas como tiraderos clandestinos, y rellenos sanitarios o sitios para la disposición controlada de residuos, en ubicaciones que no impliquen riesgos para la salud y el medio ambiente, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

DÉCIMA QUINTA. En los seis meses posteriores a la aceptación de la presente Recomendación, se prepare e imparta un taller de capacitación coordinado por la SEMA, dirigido a servidores públicos del Gobierno Estatal y municipios de la Región Carbonífera con atribuciones en las materias ambiental, gestión de riesgos, asentamientos humanos, ordenamiento territorial y desarrollo urbano, sobre derechos humanos, prevención, sanción e investigación a sus violaciones, en materia de actividades extractivas, mega proyectos, áreas naturales protegidas y asentamientos humanos, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

DÉCIMA SEXTA. Designe a un servidor público de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

A usted Fiscal General del Estado de Coahuila de Zaragoza:

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, y en el ámbito de sus facultades, se brinde la reparación integral a QV1, QV2, QV3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24, V25, V26, V27, V28, V29, V30, V31, V32, V33, y, en general, los demás residentes de las colonias Altamira y Lomas Altas afectados en sus derechos por las obras y actividades mineras, en los términos de la Ley General de Víctimas al igual que la Ley de Víctimas para el Estado de Coahuila de Zaragoza y se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante las instancias pertinentes en esa Fiscalía General, contra los servidores públicos responsables de las irregularidades administrativas que derivaron en las violaciones a los derechos humanos, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se incorporen copias de la presente Recomendación en los expedientes laborales de los servidores públicos a quienes se atribuya responsabilidad, con el objeto de que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. En los diez días posteriores a la aceptación de la presente Recomendación, remitir a esta Comisión Nacional un informe sobre la situación que guardan los procedimientos identificados como AP1, AP2, AP3, AP4 y CI1, el procedimiento de responsabilidad administrativa iniciado con motivo de esto último; y las denuncias presentadas por QV2 y otros integrantes de la ONG en 2015, continuando hasta su determinación, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En seis meses posteriores a la aceptación de la presente Recomendación, se prepare e imparta un taller de capacitación dirigido a sus servidores públicos, en materia de protección de defensores a los derechos humanos, conforme a los estándares internacionales, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Designe a un servidor público de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

A usted Presidente Municipal de Sabinas:

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, y en el ámbito de sus facultades, se brinde la reparación integral a QV1, QV2, QV3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24, V25, V26, V27, V28, V29, V30, V31, V32, V33, y, en general, los demás residentes de las colonias Altamira y Lomas Altas afectados en sus derechos por las obras y actividades mineras, en los términos de la Ley General de Víctimas al igual que la Ley de Víctimas para el Estado de Coahuila de Zaragoza y se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante las instancias pertinentes de ese Municipio, la Secretaría de Fiscalización y Rendición de Cuentas de Coahuila de Zaragoza y la Fiscalía General, en contra de AR1, AR2 y AR3; quienes resulten responsables por la responsabilidad en el manejo de los recursos y obligaciones del Fideicomiso de Desarrollo de la Villa de Cloete; y en general, a quienes se atribuyan las irregularidades administrativas que derivaron en las violaciones a los derechos humanos, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se incorporen copias de la presente Recomendación en los expedientes laborales de los servidores públicos a quienes se atribuya responsabilidad, con el objeto de que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. En el mes siguiente a la aceptación de la presente Recomendación, difunda en un apartado accesible e identificable para el público en la página electrónica de ese Ayuntamiento, las autorizaciones, licencias, permisos, constancias o certificaciones emitidas, para la operación de los centros extractivos que se analizan en la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En un mes posterior a la aceptación de la presente Recomendación, iniciar los procedimientos para investigar las irregularidades en las dichas obras y actividades mineras, por la ausencia de autorizaciones, licencias, permisos, constancias o certificaciones, y los daños a la red de servicios públicos y las vialidades, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. En tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, conforme a la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos y su correlativa ley estatal y normatividad municipal, se investiguen las irregularidades de los tajos, pocillos, patios de maniobra, y, en general, obras mineras empleadas tiraderos clandestinos, o bien otros sitios que se empleen en las mismas condiciones de ilegalidad, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. En los tres meses siguientes a la aceptación de la presente Recomendación, instruir a quien corresponda para esclarecer la situación que guarda el Fideicomiso de Desarrollo de la Villa de Cloete, aprobado por el

Cabildo de ese Municipio en febrero de 2000, sobre su vigencia, las aportaciones efectuadas al mismo, expedición de cartas de liberación y obligaciones pendientes de cumplimentarse para quienes no se hayan expedido los certificados correspondientes, y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. En un plazo de tres meses siguientes a la aceptación de la presente Recomendación, se inicie un programa de verificación de obras y actividades mineras situadas en el Municipio de Sabinas, conforme a las disposiciones de las leyes General de Asentamientos Humanos, Ordenamiento Territorial y Desarrollo Urbano, y la de Asentamientos Humanos, Ordenamiento Territorial y Desarrollo Urbano de Coahuila, reglamentos, planes y/o programas correspondientes a ese ámbito municipal, en coordinación con otras autoridades del ámbito federal, estatal y municipal, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. En cuanto a las obligaciones de armonización que establecen los artículos transitorios Quinto y Cuarto, respectivamente, de las leyes General de Asentamientos Humanos, Ordenamiento Territorial y Desarrollo Urbano, y la de Asentamientos Humanos, Ordenamiento Territorial y Desarrollo Urbano de Coahuila, los planes y programas correspondientes a ese Municipio incorporen previsiones para prevenir y sancionar violaciones a los derechos humanos derivadas de la realización de actividades extractivas en y los alrededores de asentamientos humanos y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

DÉCIMA. En los seis meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se formule y publique, o modifique, un plan de manejo integral de residuos sólidos para el Municipio de Sabinas, en el que además se consideren acciones para prevenir, mitigar, atender y sancionar el empleo de obras abandonadas como tiraderos clandestinos, y los rellenos sanitarios, o sitios para la disposición controlada de residuos, en lugares que no impliquen riesgos para la salud y el medio ambiente, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

DÉCIMA PRIMERA. En el mes posterior a la aceptación de la presente Recomendación, emitir y dirigir una circular a sus servidores públicos competentes en la que, a efecto de prevenir violaciones de los derechos humanos, se informe sobre la obligación de verificar los requisitos que establece la Ley de Asentamientos Humanos, Ordenamiento Territorial y Desarrollo Urbano de Coahuila para la emisión de autorizaciones, permisos, licencias o constancias sobre obras y actividades mineras, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

DÉCIMA SEGUNDA. En los seis meses posteriores a la aceptación de la presente Recomendación, se prepare e imparta un taller de capacitación dirigido sus servidores públicos, sobre derechos humanos y la prevención, sanción e investigación a sus violaciones, en el ámbito de regulación de asentamientos humanos, ordenamiento territorial y desarrollo urbano, y la gestión del riesgo, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

DÉCIMA TERCERA. Designe al servidor público de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

TIEMPO DE TRAMITACIÓN EN LA CNDH:

20 de abril de 2015 al 21 de noviembre de 2018.(2 años 7 meses)

ESTADO:

En tiempo de ser aceptada.

Sobre el recurso de queja promovido por R1 y R2 en contra de la comisión de derechos humanos del distrito federal, en relación con la violación de los derechos humanos a la seguridad jurídica y a la legalidad en agravio de los recurrentes

Ciudad de México, a 26 de noviembre de 2018

AUTORIDADES RESPONSABLES: Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México
Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal

PROCEDIMIENTO: Recurso de Queja

SÍNTESIS DE LOS HECHOS

El 24 de mayo de 2017 R1 y R2 interpusieron Recurso de Queja ante la Comisión Nacional en contra de las omisiones cometidas por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (Comisión Local) durante la investigación de las irregularidades en que pudo haber incurrido la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México (PGJ-CDMX) en la integración de una Averiguación Previa iniciada en contra de R1 por el delito de robo. Con tal motivo, desde el 19 de agosto de 2016 se inició el Expediente 1 por las amenazas que recibían él y su familia y en el que únicamente recibió el tratamiento de medidas precautorias y fue concluido con las medidas adoptadas por la PGJ-CDMX.

Durante la integración del Recurso de Queja y de la información y documentación proporcionada tanto por la Comisión Local como por la PGJ-CDMX, se tuvo conocimiento que existían otros tres diversos expedientes que se encontraban vinculados y relacionados con la violación a los derechos humanos de los quejosos-recurrentes. Por tal motivo, si bien el Recurso de Queja originalmente se inició en relación con la tramitación del Expediente 1 de la Comisión Local, el 26 de marzo de 2018, en términos de lo expresamente previsto por el artículo 60 de la Ley de la Comisión Nacional se emitió un acuerdo de atracción para conocer de la queja primigenia y continuar tramitándola, y en atención a los principios procedimentales de actuación *pro persona* y de suplencia en la deficiencia en los agravios expuestos, en el Recurso de Queja por parte de esta Comisión Nacional se investigaron las actuaciones correspondientes a los cuatro expedientes iniciados ante la Comisión Local, así como la violación de los derechos humanos cometidos por la PGJ-CDMX.

DERECHOS VULNERADOS

Derecho a la seguridad jurídica y a la legalidad

OBSERVACIONES

De la revisión, análisis y valoración de las evidencias del expediente CNDH/2/2017/271/RQ, esta Comisión Nacional determinó fundados los agravios expresados por R1 y R2, al acreditarse que existió omisión y dilación en la integración y determinación de los expedientes de queja 1 a 4, por parte de la Comisión Local.

Asimismo, esta Comisión Nacional, con las evidencias de que se allegó, acreditó la violación a los derechos humanos a la seguridad jurídica y a la legalidad cometidas por la PGJ-CDMX en agravio de R1 en su carácter de víctima del delito en la Carpeta de Investigación 1, así como en su calidad de probable responsable en la Averiguación Previa que se inició por el delito de robo que se le imputa.

Lo anterior, con motivo de las responsabilidades en que incurrieron los servidores públicos de la PGJ-CDMX, principalmente en cuanto a la integración tanto de la Carpeta de Investigación 1 como de la Averiguación Previa, al acreditar que la indagatoria fue alterada y manipulada por los propios agentes del Ministerio Público responsables de la integración y que denotan la alteración de los hechos para incriminar a R1 por la probable comisión de un delito que no realizó.

Para sus conclusiones, la Comisión Nacional acreditó que el Ministerio Público que integró la Carpeta de Investigación 1: a) reconoció que no atendió el escrito de petición de R1 y R2, relacionado con la solicitud de copias de la Carpeta de Investigación; b) omitió colaborar en el trámite del Expediente 1, ya que omitió realizar acciones efectivas para dar cumplimiento a las medidas precautorias y, c) omitió colaborar en la tarea de la protección no jurisdiccional de los derechos humanos, al limitar atender a lo solicitado por la Comisión Local, argumentando que no contaba con la Carpeta de Investigación, acreditándose lo contrario.

Respecto de la Averiguación Previa se acreditó que la indagatoria fue alterada y manipulada por los agentes del Ministerio Público responsables de la integración, al observarse las siguientes irregularidades: a) existen tres denuncias de hechos realizadas por personas distintas por hechos acontecidos en circunstancias de modo, tiempo y lugares distintos; b) se reconoce indistintamente la calidad jurídica de dos diversos denunciante, sin que en el Pliego de Consignación se realizara algún pronunciamiento; c) se asentó de manera indistinta el delito de robo sin violencia a casa habitación y robo a negocio con violencia; d) se agregó la pericial en fotografía realizada en el domicilio de los hechos denunciados, sin embargo, se constató la existencia de dos dictámenes con características distintas; e) se registraron actuaciones en *word*, y no en el Sistema Informático de la PGJ-CDMX; f) el informe rendido por policías de investigación presenta inconsistencias en cuanto a la fecha de realización y sobre los hechos que se asentaron y, g) la falta de eficacia para la identificación, localización, detención, procesamiento y sanción de los probables responsables del delito cometido en agravio del denunciante principal en la indagatoria.

RECOMENDACIONES

A usted Procurador General de Justicia de la Ciudad de México

PRIMERA. Inscribir a R1 y R2 en el Registro de Víctimas de la Ciudad de México y en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión de Atención a Víctimas de la Ciudad de México y de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, respectivamente, para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previstos tanto en la Ley General de Víctimas como en la Ley de Víctimas para la Ciudad de México, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se continúe con la práctica de las diligencias que sean legal y materialmente necesarias, para que a la brevedad se determine y perfeccione la Averiguación Previa, conforme a derecho, tomando en cuenta las evi-

dencias, observaciones y consideraciones en que se sustenta la presente Recomendación, considerando el eventual sobreseimiento dentro de la Causa Penal que se sigue en contra de R1, hecho lo cual se remita a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Aportar la presente Recomendación en la Carpeta de Investigación 2 que se instruye en contra de los servidores públicos involucrados, para que se tomen en cuenta las evidencias, observaciones y consideraciones en que se sustenta la presente Recomendación, y se atribuyan las sanciones que conforme derecho correspondan y remita a este Organismo Nacional las constancias correspondientes.

CUARTA. Colaborar ampliamente en el trámite y seguimiento de la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional presente ante la Fiscalía para la Investigación de los Delitos Cometidos por Servidores Públicos, y se inicie la carpeta de investigación respectiva en contra de los servidores públicos que intervinieron en los hechos que se consignan en esta Recomendación, cuya identidad tendrá que investigarse, incluyendo a sus superiores jerárquicos y la cadena de mando, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Aportar la presente Recomendación en el PAI-2 que se investiga en el Órgano Interno de Control de la PGJ-CDMX, para que se tomen en cuenta las evidencias, observaciones y consideraciones en que se sustenta la presente Recomendación, y se atribuyan las sanciones que conforme derecho correspondan y remita a este Organismo Nacional las constancias correspondientes.

SEXTA. Colaborar ampliamente en el trámite y seguimiento de la queja que se presente ante la Contraloría Interna de la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México en contra AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, y quien resulte responsable, por la alteración de la Averiguación Previa, así como respecto de los servidores públicos que, en su caso, hayan participado, permitido, y/o tolerado tales actuaciones, cuya identidad tendrá que investigarse, para aplicar efectivamente las sanciones penales y administrativas que la ley prevé, remitiendo a la Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. En el plazo de cuatro meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, diseñar e impartir un curso integral a todo el personal ministerial de la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México, para su capacitación y formación en materia de derechos humanos sobre la debida diligencia ministerial y el principio de legalidad, y remitan a la Comisión Nacional las constancias con que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. Se realicen las gestiones necesarias para que en atención al derecho de petición ejercido, recaiga un acuerdo por escrito a la solicitud planteada por R1 y R2, respecto de las copias certificadas de las actuaciones que integran las Carpetas de Investigación 1 y 2, y se remitan a la Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

NOVENA. Designar al servidor público de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

A usted Presidenta de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal

PRIMERA. Modificar o establecer algún mecanismo o procedimiento que permita conocer e identificar cuando una misma persona o parte quejosa tenga abierto más de un expediente ante esa Comisión Local, a efectos de atender de manera completa e integral sus quejas y así evitar actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Aportar la presente Recomendación en el PAI-1, para que se tomen en cuenta las evidencias, observaciones y consideraciones en que se sustenta la presente Recomendación, y se atribuyan las sanciones que conforme derecho correspondan y colaborar ampliamente en el trámite y seguimiento del procedimiento de responsabilidades administrativas que se inicie en contra del personal de la Comisión Local que intervino en los hechos, en virtud de las consideraciones vertidas en esta Recomendación y se remita oportunamente la información y documentación que le sea solicitada.

TERCERA. Designar al servidor público de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

TIEMPO DE TRAMITACIÓN EN LA CNDH:

1 año, 6 meses y 2 días.

ESTADO:

Notificada, pendiente de aceptación por ambas autoridades.

**Sobre el caso de violaciones de los derechos humanos
a la seguridad jurídica, libertad personal, debido proceso,
a una defensa adecuada y a la presunción de inocencia,
así como de acceso a la justicia en su modalidad
de administración de justicia en agravio de V1**

Ciudad de México, a 26 de noviembre de 2018

AUTORIDADES RESPONSABLES: Jefe de Gobierno de la Ciudad de México
Presidente del Tribunal Superior de Justicia y del Consejo de la
Judicatura de la Ciudad de México

PROCEDIMIENTO: Expediente de Queja

SÍNTESIS DE LOS HECHOS

1. El 31 de agosto de 2008, se recibió en la oficina del Procurador de Justicia del entonces Distrito Federal un sobre cerrado que contenía una denuncia anónima, en la que se proporcionaron datos de diversos agentes de la Policía Federal y de la Ciudad de México, así como de ex policías de ambas corporaciones, quienes formaban parte de una banda de secuestradores, señalando a V1 -policía perteneciente a la entonces Agencia Federal de Investigación (AFI)-, quien según actuaba como “muro” y realizaba “levantón”, además de referir que había participado en varios secuestros, entre ellos, el Caso 1.

Caso 1

1.1. El 4 de junio de 2008, las Víctimas del Delito 1, 2 y 3 iban a bordo de un vehículo circulando por el Circuito de Ciudad Universitaria; antes de llegar al Estadio Olímpico había un retén de policías, según el dicho de la Víctima del Delito 3, entre ellos una mujer, los cuales les marcaron el alto con el pretexto de realizar una revisión del vehículo, los obligaron a descender del mismo y enseguida los subieron a otro vehículo, llevándoselos secuestrados, al día siguiente las Víctimas del Delito 2 y 3 fueron encontradas en el interior de un vehículo, la primera privada de la vida y la segunda aún con vida (único testigo de los hechos), quien fue trasladado a un hospital para su atención. El 31 de julio del mismo año, la Víctima del Delito 1 fue encontrado sin vida en el Vehículo 1, no obstante que sus familiares habían pagado un rescate.

1.2. Con motivo de tales hechos, el 5 de junio de 2008, la PGJCDMX inició la Averiguación Previa 1. El 1 de septiembre de 2008, los elementos de la policía judicial de la PGJCDMX en atención a la petición del agente del Ministerio Público de confirmar y ampliar la información vertida en la denuncia anónima, efectuaron una investigación sobre la identidad, ubicación laboral y domicilio de V1.

1.3 El 6 de septiembre de 2008, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, agentes de la Policía Judicial de la CDMX, detuvieron a V1 en cumplimiento de una orden de búsqueda, localización y presentación derivada de la Averiguación Previa 2 y fue puesta a disposición de AR4, quien ordenó su detención como probable responsable de la comisión del delito de secuestro agravado, al actualizarse un caso urgente en términos del artículo 16 constitucional.

1.4. El 7 de septiembre del mismo año, V1 fue arraigada por un plazo de 30 días naturales en el Centro de arraigos de la PGJCDMX, medida precautoria de la cual se autorizó una prórroga por 30 días más, es decir, hasta el 6 de noviembre de 2008.

1.5. El 24 de octubre de 2008, AR2 ejerció acción penal sin detenido en la Averiguación Previa 1 y sus acumuladas

1.6. El 29 de octubre de 2008, el Juzgado del Fuero Común 2 radicó la Averiguación Previa 1, bajo la Causa Penal 1 y libró orden de aprehensión en contra de V1 y PR1, PR3, PR4, PR5, PR6 y PR7, por la probable comisión de los delitos por los que fueron consignados, y el 1 de noviembre de 2008, se cumplimentó la orden de aprehensión e ingreso de V1 al Centro Femenil de Readaptación Social "Santa Martha Acatitla".

1.7. A V1 se le instruyó proceso bajo la Causa Penal 1 y 2,

B. Otros hechos atribuidos a V1

1.8. Para una mejor comprensión de los hechos atribuidos a V1, señalados como Casos, se describen los Casos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9.

C. Libertad de V1

1.9. El 17 de julio de 2015, SP1 presentó conclusiones no acusatorias en favor de V1 por los Casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, y el 26 de junio del mismo año, por los casos 8 y 9, ante el Juzgado del Fuero Común 2, las cuales fueron ratificadas por el Procurador General de la PGJCDMX.

1.10. En la misma fecha, después de 6 años, 10 meses y 11 días, el Juzgado del Fuero Común 2 ordenó la libertad de V1.

DERECHOS VULNERADOS

I. Respecto a la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México

- Violación a los derechos humanos a la legalidad, seguridad jurídica y libertad personal, por la detención arbitraria de V1.
- Violación al derecho humano del debido proceso.
- Violación del derecho a ser informada totalmente de la imputación en su contra.
- Violación al derecho a una defensa adecuada.
- Violación al derecho a la presunción de inocencia, con motivo de la exhibición indebida de las fotografías de V1 en los medios de comunicación.
- Violación a los derechos a la intimidad, privacidad o vida privada relacionados con la protección de datos personales.
- Violación al derecho al honor y a la dignidad de V1.

II. Respecto al Tribunal Superior de Justicia de la CDMX

- Violación al derecho humano de acceso a la justicia en su modalidad de administración de justicia y al debido proceso.

OBSERVACIONES**A. Respecto a la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México**

Violación a los derechos humanos a la legalidad, seguridad jurídica y libertad personal, por la detención arbitraria de V1

2. Este Organismo Nacional advirtió que la detención de V1 se sustentó en una denuncia anónima que se recibió el 31 de agosto de 2008, de una persona que omitió proporcionar sus datos personales y señaló que V1 formaba parte de una banda de secuestradores conjuntamente con PR1 y el Testigo 7, además de que intervino en el Caso 1; sin embargo, ello no constituye una denuncia formal, al carecer en el momento de su recepción del nombre de quién la realizó y su identidad, además de no precisar circunstancias de modo, tiempo y lugar en el que ocurrieron los presuntos hechos en los que intervino la referida agraviada, sin soslayar que la policía de investigación sólo confirmó el lugar de trabajo de V1 y su domicilio, pero no aportó elementos de prueba que la vincularan con el Caso 1 o en algún otro evento delictivo.

3. El 4 de septiembre de 2008 AR4 solicitó al Jefe General de la Policía Judicial de la PGJCDMX, la búsqueda, localización y presentación de V1, para que declarara con relación a los hechos denunciados anónimamente, no obstante que no se confirmó su intervención en algún secuestro como se advirtió del informe elaborado por la Policía Judicial de la PGJCDMX de esa misma fecha. El 6 de septiembre de 2008, V1 fue puesta a disposición de AR4, por los policías judiciales AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, en cumplimiento al mandato ministerial.

4. En el caso particular cuando V1 salió de su centro laboral fue detenida y puesta a disposición del agente del Ministerio Público, por lo cual el efecto de la orden de búsqueda, localización y presentación se materializó en su detención, lo que violentó su derecho humano a la libertad personal.

5. A las 20:30 horas del 6 de septiembre de 2008, AR1 decretó la detención de V1, al haber considerado que se actualizaba la hipótesis de caso urgente, argumentando que V1 se encontraba relacionada como probable responsable en la comisión del delito de secuestro, delito grave así calificado por la ley, sin que precisara en agravio de quién.

6. Llama la atención de este Organismo Nacional que AR1 solicitó el arraigo con el propósito de investigar e integrar la Averiguación Previa 2 y sus acumuladas, por tanto, no debió haber dictado un auto de detención por caso urgente, por las razones expuestas en el presente apartado.

7. Por lo expuesto, se concluye que se actualizó la detención arbitraria de V1, toda vez que AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, quienes intervinieron en su detención no se apegaron a los lineamientos constitucionales y convencionales para la privación de la libertad de cualquier persona, al ejecutarla sin orden de aprehensión, flagrancia o caso urgente, ni cumplir con las formalidades del procedimiento; por tanto, se vulneraron sus derechos fundamentales de libertad personal, legalidad y seguridad jurídica.

B. Violación al derecho humano del debido proceso

Violación del derecho a ser informada totalmente de la imputación en su contra.

8. Del análisis de las evidencias reseñadas en la presente Recomendación, se advirtió que el 6 de septiembre de 2008, V1 rindió su declaración ante AR5, en la que a pesar de que en su declaración se plasmó que “se le hacen saber los hechos”, el agente del Ministerio Público fue omiso en señalárselos, así como el nombre de las personas que la acusaban, ni mucho menos que se encontraba relacionada con el Caso 1.

9. De lo anterior, se advirtió que AR5, en la primigenia declaración de V1, le hizo de su conocimiento de manera parcial el contenido de la denuncia anónima, pero no que se le atribuía el secuestro y privación de la vida de la Víctima del Delito 1.

10. El 9 de octubre de 2008, AR6 hizo del conocimiento a V1, que se le acusaba por “el delito de delincuencia organizada cometido en agravio de la [las Víctimas del Delito 1, 2 y 3]”.

11. En la segunda declaración de V1, de 9 de octubre de 2008, AR6 omitió informarle la imputación que existía en su contra, el nombre de los denunciantes y de las restantes víctimas de los delitos de secuestro en los que supuestamente intervino, por las cuales también se le instruyó la averiguación previa en la que se ejerció acción penal en su contra por su probable responsabilidad en la comisión de los delitos ya señalados.

12. De lo expuesto, se concluye que V1 fue informada de manera parcial respecto de la incriminación que le atribuyó el agente del Ministerio Público, por lo que no se garantizaron sus derechos de defensa y del debido proceso.

Otros hechos imputables a V1, relacionados con las Averiguaciones Previas 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15

13. Este Organismo Nacional advirtió que en los hechos narrados en los Casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9, se le atribuyó participación a V1, no obstante que la evidencia demostró que en los mismos intervinieron personas del sexo masculino, sin que se señale la presencia de una mujer, salvo en el Caso 1 y 9, además de que los denunciantes y víctimas del delito no realizaron alguna imputación en contra de V1, por lo que indiciariamente no existía algún elemento probatorio que la relacionara en tales hechos.

14. En el Caso 8 y 9, las averiguaciones previas fueron iniciadas en 2004 y 2005, es decir, cuatro y tres años antes de la denuncia anónima que involucraba a V1, sin que existieran indicios que la vincularan a tales eventos delictivos.

15. La no participación de V1 en los eventos delictivos señalados, se robusteció con la afirmación de SP1, en sus conclusiones no acusatorias.

C. Violación al derecho a una defensa adecuada

Diligencia de confrontación, en la cual V1 no estuvo asistida de un defensor

16. De tal diligencia ministerial se advirtió que V1 no fue asistida de un defensor, lo que vulneró el derecho a una defensa adecuada, sobre todo que la Víctima del Delito 3 previamente, el 8 de septiembre de 2008, la había identificado inducido por AR2, por medio de una impresión fotográfica que le fue exhibida con el nombre de la referida agraviada, motivo por el cual era certero que la reconociera. Dicha irregularidad fue advertida por SP1, quien reconoció en su escrito de conclusiones no acusatorias.

Testimonio singular de la Víctima del Delito 3

17. AR1 sustentó su pliego de consignación sin detenido en contra de V1, principalmente con las declaraciones ministeriales de la Víctima del Delito 3, único sobreviviente de los hechos, quien incurrió en marcadas contradicciones que restaron credibilidad a la incriminación que formuló en contra de V1 como una de las personas que intervinieron en el secuestro de las Víctimas del Delito 1, 2 y 3 estas últimas fueron privadas de la vida.

Reconocimiento de V1 a través de fotografías por inducción

18. De tales evidencias se advirtió que la Víctima del Delito 3 tuvo a la vista únicamente la impresión fotográfica de V1, con el nombre de ésta, lo que permite establecer que el reconocimiento que realizó fue inducido por la autoridad ministerial, ya que al tratarse de una prueba de esa naturaleza, la identificación debió ser espontánea y en todo caso a través de una diligencia de confrontación de acuerdo a las formalidades indicadas en el artículo 218 del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, vigente al momento de los hechos.

19. Lo anterior demuestra que la Víctima del Delito 3 previa identificación inducida a través de unas fotografías que aparecen en una hoja que fue depositada en el buzón del Fiscal de manera anónima, reconoció a V1, sin embargo, se contradice con su segunda declaración emitida el 20 de junio de 2008, en la que refirió la participación de personas del sexo masculino, sin aludir ninguna mujer.

20. De lo expuesto, se advirtió que V1 fue identificada por la Víctima del Delito 3 a través de unas fotografías que llegaron de manera anónima a la PGJCDMX, en consecuencia, se vulneraron los derechos al debido proceso y a la defensa.

Problema visual de la Víctima del Delito 3, en relación con la descripción de V1

21. Lo anterior revela que la Víctima del Delito 3 tenía un problema visual consistente en miopía, lo que pone en duda el reconocimiento que hizo de V1, sobre todo cuando la miopía produce una visión borrosa o poco clara de los objetos lejanos, por lo que llamó la atención que refiriera “en el retén había puros hombres, porque eso fue lo que distinguió a la distancia, pero al acercarse se pudo percatar que había una dama”, máxime que él mismo reconoció que estaba obscuro el día de los hechos.

22. Por lo expuesto, se concluye que la Víctima del Delito 3 presentaba miopía en el ojo izquierdo, lo que se traduce que su estado físico al momento de los hechos no era óptimo, por lo que resultó inverosímil su manifestación, sobre todo con las diversas contradicciones en que incurrió en sus declaraciones ministeriales y ante el Juzgado del Fuero Común 2, lo que no generó convicción.

Testigos que no señalaron la presencia de una mujer en los hechos del Caso 1 y sus acumulados

23. En la Averiguación Previa 1 obran las declaraciones ministeriales de los Testigos 1, 2 y 3, quienes fueron coincidentes en señalar que el día de los hechos se percataron de un retén; el primero refirió que había entre seis y ocho individuos, mientras que los Testigos 2 y 3 no precisaron número, pero este último señaló que eran “hombres”, sin embargo, fueron coincidentes en que iban vestidos de color negro con chalecos con las insignias de “AFI” (Agencia Federal de Investigaciones), sin referir la presencia de una persona del sexo femenino. Testimonios que contradicen lo aseverado por la Víctima del Delito 3, de que en el retén intervino una mujer, a quien identificó como V1.

Testigo que narraron hechos ajenos a los investigados (Testigos 4 y 5), testigo de oídas (Testigo 6) y Testigos inexistentes (Testigos 4 y 5) de los hechos del Caso 1 y sus acumulados

24. De tales testimonios se advirtió lo siguiente:

24.1. Los Testigos 4 y 5 declararon hechos ajenos a los que se investigaban.

24.2. El Testigo 4 relacionaba a V1 con PR1.

24.3. Los Testigos 5 y 6 manifestaron que V1 realizaba actividades ilícitas, el primero refirió que V1 extorsionaba a los comerciantes y se identificaba como policía federal, mientras que la Testigo 6 precisó que su hijo negociaba armas con V1, sin que existiera algún elemento de prueba que corroborara sus manifestaciones.

25. Derivado de que se agotaron los medios para localizar a los Testigos 4 y 5, con resultados negativos, además de que el extinto Instituto Federal Electoral informó la inexistencia e identidad de dichas personas, indiciariamente se presume que fueron testigos fabricados o inventados; lo cual deberá ser motivo de investigación por la autoridad competente para deslindar la responsabilidad correspondiente.

26. De lo anterior, se evidencia que los Testigos 4 y 5 relataron hechos ajenos a los investigados, sin que hayan percibido los mismos por sus sentidos, por ello sus testimonios carecieron de veracidad, como lo reconoció SP1 en su escrito de conclusiones no acusatorias.

27. De lo expuesto, los testimonios de los Testigos 4, 5 y 6 carecen de valor probatorio, al no constarles los hechos, los cuales conocieron por referencia de otros, por lo que no reunieron los requisitos previstos en el artículo 255, fracción IV del Código de Procedimientos Penales del entonces Distrito Federal vigente al momento de los hechos.

Testigos que carecen de imparcialidad (Testigos 7, 8, 9 y 10) en relación con los hechos del Caso 1 y sus acumulados

28. De la exposición del Testigo 7 se desprenden hechos acontecidos en el 2006, que no guardan relación con las Víctimas del Delito 1, 2 y 3, además de que no realizó una incriminación directa y categórica en contra de V1, como integrante de la Banda 1, sin embargo, AR6 indujo al Testigo 7, al proporcionarle el nombre completo de V1.

29. Lo anterior permite a este Organismo Nacional inferir que las deposiciones de los Testigos 7, 8, 9 y 10 no tienen relación con los hechos que se atribuyeron a V1, a quien los Testigos 9 y 10 identificaron en los medios de comunicación como la persona los aseguró y acusó por diversos secuestros; éstos se encuentran internos en un centro penitenciario, por lo que es evidente que sus manifestaciones carecen de imparcialidad, además de que V1, a decir de ellos efectuó su detención.

30. De lo que se concluye que a V1 no se le respetó el derecho del debido proceso por parte de la autoridad ministerial en la sustanciación de la acusación penal en su contra y no se garantizó el derecho a la seguridad jurídica.

Extravió de un medio de prueba

31. AR2 en el pliego de consignación de 24 de octubre de 2008, realizó un listado de pruebas de la Averiguación Previa 1 y la marcada con el número 6 se refirió a un “audio cassette [sic] de la marca Sony, con las letras ‘ZX-S’, en color verde” y en el punto resolutivo “CUARTO” asentó que todos y cada uno de los objetos relacionados con la indagatoria, quedaban a disposición del Juzgado que siguiera conociendo de los hechos y del agente del Ministerio Público de la Fiscalía para la Seguridad de las Personas de la PGJCDMX.

32. De lo anterior se advirtió el extravió de un casete que contenía un audio señalado con las letras “ZX-S”, de color verde, el cual de acuerdo con las manifestaciones de Q, contenía grabaciones sobre las negociaciones que sostuvieron los agraviados con los secuestradores para la liberación de la Víctima del Delito 1, el cual era

necesario para identificar alguna voz de una persona del sexo femenino, sobre todo porque ese elemento probatorio AR1 lo consideró para el ejercicio de la acción penal.

33. En consecuencia, al no proveer lo conducente para preservar el citado audiocasete de la marca Sony, con las letras "ZX-S" de color verde, AR2 infringió los artículos 94 y 97 del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, vigente al momento de los hechos.

Inconsistencias en el ejercicio de la acción penal en agravio de V1

34. A pesar de las irregularidades descritas en los apartados que anteceden, AR1 ejerció la acción penal en contra de V1, contando con la incriminación de un testigo singular, que además incurrió en diversas contradicciones sustanciales, principalmente en cuanto al reconocimiento de la mujer que le marcó el alto en el supuesto operativo, sin que se fortaleciera con otros elementos de prueba, como quedó analizado en el apartado correspondiente; tan es así, que SP1, agente del Ministerio Público adscrita al Juzgado del Fuero Común 2, se abstuvo de formular acusación ante las diversas declaraciones contradictorias de la Víctima del Delito 3.

35. Este Organismo Nacional advirtió que la actuación de AR1 presentó inconsistencias al ejercer acción penal en contra de V1, sin que de los hechos denunciados contara con elementos de convicción soportados con otros indicios que permitiera atribuir algún grado de participación a V1, por tanto, incumplió los principios de buena fe y de persecución e investigación en términos del artículo 21 constitucional.

36. De lo expuesto, se advirtió la deficiente conducción de las investigaciones y procuración de justicia, a partir de una acusación que resultó infundada e ilegal, al no soportarse con medios de prueba que la hicieran verosímil, lo que propició que V1 permaneciera por 6 años, 10 meses, 11 días en prisión, motivo por el cual AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 contravinieron los artículos 1o. y 21 constitucionales que establecen la obligación de todas las autoridades de actuar con la debida diligencia, para la protección de los derechos humanos, e investigación, ejercicio de la acción penal e imposición de las penas respectivas, con prontitud y oportunidad.

D. Violación al derecho a la presunción de inocencia, con motivo de la exhibición indebida de las fotografías de V1 en los medios de comunicación

37. Por lo que hace a la exposición ante los medios de comunicación de las fotografías de V1, este Organismo Nacional considera que se vio afectado el derecho de presunción de inocencia, dado que en un Estado Constitucional de Derecho, se debe proteger a toda persona a la cual no se ha sometido a juzgamiento y por ende, no se le ha permitido su derecho de audiencia.

38. Lo anterior se robustece con las diversas notas periodísticas, en las que los medios de comunicación se referían a lo siguiente: "[PR1] y la comandante [V1], solapados por la AFI y la SSP", "La declaración de [V1]" (10 de septiembre de 2008), dos suplementos del periódico el universal de 10 de septiembre de 2008, en los que se apreció la fotografía de V1 y cuyo encabezado decía "V1 trabajó como AFI", "Plagiaria de [Víctima del Delito 1] es agente federal.

39. La exhibición de las fotografías de V1, afectó su derecho a la intimidad y a la protección de su imagen, los cuales han sido reconocidos como derechos personalísimos por la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

40. De lo expuesto, se concluye que la exhibición de V1 y sus fotografías ante los medios de comunicación por parte de la PGJCDMX, quien aún no habían sido enjuiciada y menos condenada por la probable comisión de un hecho tipificado como delito, transgredió el derecho a la presunción de inocencia.

E. Violación a los derechos a la intimidad, privacidad o vida privada relacionados con la protección de datos personales

41. En cuanto a la divulgación de los datos personales de V1, también constituye un derecho a la intimidad, toda vez que, en el caso particular, corresponde a V1 decidir quién, cuándo y cómo serían tratados sus datos personales y no por terceras personas para difundir datos, a medios informativos, que la hicieron reconocible, vulnerando su dignidad, honra y reputación.

42. Derivado de lo anterior, es evidente que se afectó la reputación de V1, al difundir datos, a medios informativos, que la hicieron reconocible, como probable responsable del delito de secuestro, generándole con ello un daño moral.

F. Violación al derecho al honor y a la dignidad de V1

43. La afectación que sufrió V1, puso en duda ante la sociedad su calidad ética y profesional, que condicionó la opinión que como persona tenía en la sociedad y como servidora pública en la Policía Federal, donde laboraba hasta antes de su detención, que sin duda afectó su honor y reputación, no obstante que no se le dictó una sentencia condenatoria, toda vez que la agente del Ministerio Público no sostuvo su acusación, pero los daños ocasionados a su imagen y a su honor quedaron expuestos, contraviniendo la normatividad nacional e internacional. Incluso manifestó que su familia fue objeto de agresiones por parte de la sociedad.

G. Respeto al Tribunal Superior de Justicia de la CDMX

Violación al derecho humano de acceso a la justicia en su modalidad de administración de justicia y al debido proceso

44. En el presente apartado se analizan las irregularidades administrativas por este Organismo Nacional en el proceso penal que se instruyó a V1 con absoluto respeto a las decisiones que los órganos jurisdiccionales adopten en ejercicio de su potestad de impartir justicia, siendo las siguientes:

Omisión en la práctica de la inspección del libro de registro del Hotel 1

45. Lo anterior demuestra que transcurrieron dos años desde la fecha en que se admitió la prueba (diciembre de 2008) hasta la fecha en que V1 promovió el Juicio de Amparo 1 (27 de diciembre de 2010), sin que se realizaran actos tendentes para su desahogó, no obstante que fue ordenado por AR13, razón por lo que se vulneró el contenido del artículo 17 constitucional, toda vez que se deben desahogar las pruebas con prontitud en la impartición de justicia.

46. No pasó desapercibido que AR13 señaló que con el dictado del nuevo auto de formal prisión de 16 de enero de 2012, la referida prueba quedó sin efectos; sin embargo, un año después, es decir, el 23 de enero de 2013, AR13 “declaró desierta la prueba de inspección judicial”, la cual en el referido auto de formal prisión no había sido admitida.

Extravió de evidencia probatoria

47. El “audiocassette, marca Sony, identificado con las letras ‘ZX-S’ en color verde”, que la defensa de V1 solicitó a AR13 para su reproducción y escucha, la cual no fue desahogada por la pérdida de dicha probanza.

48. Lo anterior se confirmó con el acuerdo de 3 de mayo de 2012, en el que AR13 hizo constar que dicho audio-casete no corría agregado a las actuaciones procesales y por consiguiente no se encontraba en el juzgado, no obstante que dicho medio de prueba fue invocado y sustentado en el pliego de consignación de 24 de octubre de 2008.

49. No pasó desapercibido por este Organismo Nacional que AR13 mediante acuerdo de 14 de marzo de 2012, reservó la admisión de dicho elemento de prueba, hasta que se confirmara su existencia, sin embargo, en cumplimiento a la ejecutoria del Amparo Indirecto 4, en el cual se ordenó informara las pruebas pendientes por desahogar, el 2 de junio de 2014, AR13 señaló “este órgano jurisdiccional no cuenta con dichos audioscasetes, por lo tanto se dejan sin efectos estas probanzas”.

Dilación en la administración de justicia

50. De las constancias que se allegó este Organismo Nacional, se advirtió que el 9 de febrero de 2012, Q ofreció las pruebas señaladas en los numerales 323 y 324 de la presente Recomendación, las cuales fueron acordadas por AR13 el 14 de marzo de 2012, en el que señaló día y hora para el desahogo de las testimoniales de los Testigos 14 y 15.

51. Respecto a la reproducción y escucha de los audios precisó que una vez que se tuviera la certeza de su existencia, se acordaría lo conducente, finalmente, en la inspección judicial se proveería lo correspondiente hasta que se desahogaran todas las pruebas admitidas.

52. El 1 de octubre de 2012, AR13 recibió un disco compacto marca Sony CD-R, con una leyenda del asunto (Víctima del Delito 1), acordando que sería valorado en el momento procesal oportuno, sin embargo, hasta la fecha de la presentación de la demanda de amparo¹ no había acordado la admisión de dicha prueba, es decir, había transcurrido un año, dos meses.

53. Este Organismo Nacional advirtió que durante la etapa de instrucción, AR13 propició una dilación injustificada del proceso al omitir hacer efectivas las medidas de apremio para garantizar un pronto y oportuno desahogo de las pruebas, así como las declaraciones de los testigos para que se desahogaran en los tiempos acordados, lo cual ocasionó que las audiencias programadas para tal fin se difirieran en perjuicio de V1. Sin embargo, con motivo de la resolución del juez amparista, el 10 y 28 de febrero de 2014, AR13 desahogó las testimoniales de los Testigos 14 y 15, respectivamente.

54. Derivado de lo anterior, el referido órgano jurisdiccional concedió el amparo y protección de la justicia Federal a V1 con motivo del “retardo en la administración de justicia” y ordenó a AR13, se tomaran las medidas necesarias para que las pruebas ofrecidas por la defensa de V1 se desahogaran a la brevedad posible a fin de no retardar la administración de justicia, por lo que dentro de los tres días contados a partir de que causara ejecutoria la sentencia emitida, le informara las pruebas pendientes de desahogo, así como las medidas que adoptara para el desahogo de todas y cada una de dichas pruebas, aplicando lo dispuesto en los artículos 33 y 314 del Código de Procedimientos.

55. En el caso particular, fue un asunto de complejidad atendiendo a la gravedad de los delitos que fueron imputados a V1, tales como secuestro agravado en agravio de las Víctimas del Delito 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11; secuestro y homicidio en agravio de las Víctimas del Delito 1, 2, 5 y 7; secuestro y homicidio en grado de tentativa en agravio de la Víctima del Delito 3 y 9; robo agravado en agravio de las Víctimas del Delito 12 y 13; así como en numeralía de pruebas por desahogar, además de que el Caso 1 representó un asunto mediático que

¹ 17 de diciembre de 2013.

fue del escrutinio de la opinión pública, sin embargo, como quedó acreditado, únicamente se contó con un testigo singular.

56. En el caso particular, como quedó analizado en el presente apartado, AR13 omitió actuar con diligencia y prontitud en el desahogo de las pruebas que se encontraban pendientes por desahogar, sin que hiciera efectivas las correspondientes medidas de apremio a los Testigos 14 y 15; otras pruebas ni siquiera fueron admitidas como el caso de la inspección judicial con carácter de reconstrucción de hechos, la cual estuvo supeditada hasta que se desahogaran todas las pruebas admitidas, puesto que AR13 ordenó el desahogo de las pruebas pendientes y se pronunció sobre las que no admitió, con motivo de que el juez de amparo se lo requirió mediante resolución de 30 de mayo de 2014. Transcurrieron 6 años, 10 meses, 11 días, para que AR13 ordenara la inmediata y absoluta libertad de la agraviada con motivo de las conclusiones no acusatorias, las cuales fueron ratificadas por el Procurador General de Justicia de la CDMX, de ahí que no actuó con la debida diligencia, dado que el tiempo transcurrido le generó perjuicio ante un procedimiento injustificado como se acreditó.

57. Por lo expuesto, este Organismo Nacional advirtió que AR13 trasgredió en contra de V1 el derecho de acceso a la justicia en su modalidad de administración de justicia y el debido proceso.

I. Dos procesos penales paralelos instruidos en el fuero común y fuero federal, por el Caso 1

58. De las evidencias reseñadas y analizadas en la presente Recomendación, este Organismo Nacional advirtió que por los hechos de Caso 1, fueron procesadas V1, vinculada como integrante de la “Banda 1”, y PR2 perteneciente a la “Banda 2”, aun cuando de las declaraciones ministeriales de Víctima del Delito 3 (único sobreviviente de los hechos) señaló la intervención de una persona del sexo femenino en el retén de supuestos policías, refiriendo que era “güera o con rayos”, sin embargo, se procesaron a dos mujeres, es decir, a V1 (primero interna y actualmente en libertad) y a PR2 (actualmente interna en un centro de reclusión y sujeta a proceso).

59. Llama la atención de este Organismo Nacional que V1 y PR2 fueron juzgadas paralelamente en distintos ámbitos por los mismos hechos (Caso 1), V1 en el Juzgado del Fuero Común 2, mientras que PR2 en el Juzgado Cuarto de Distrito de Procesos Penales Federales, del Fuero Federal.

60. V1 le fue ordenada su inmediata y absoluta libertad después de 6 años, 10 meses y 11 días, esto es, el 17 de julio de 2015, mientras que PR2 permanece interna en el Centro Preventivo de Readaptación Femenil de Tonalá, Jalisco, sujeta a un proceso.

RECOMENDACIONES

A usted Jefe de Gobierno de la Ciudad de México:

PRIMERA. Se instruya a quien corresponda, para que se repare el daño integral a V1 en términos de la Ley General de Víctimas, derivada de las violaciones a los derechos humanos precisados en la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Inscribir a V1, V2, V3 y V4 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se instruya al titular de la Procuraduría General de Justicia de la CDMX para que en coordinación con el titular del Tribunal Superior de Justicia y del Consejo de la Judicatura del TSJCDMX ofrezcan una disculpa pública institucional a V1 y sus familiares con la presencia de esta Comisión Nacional, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se instruya a quien corresponda para que se implementen las medidas necesarias para eliminar jurídica y materialmente la información que de V1 circule en la red a fin de desmentir el manejo negativo que existe en las plataformas de internet “Google, Yahoo, Bing, Ask, Aol y Altavista en México” y otras más, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se instruya a quien corresponda emita un acuerdo para que se elimine de manera definitiva todos los registros federal, estatal o municipal de carácter administrativo, de la plataforma México, que se generaron con motivo del proceso penal de V1, asimismo, se notifique a las autoridades consulares de los Estados Unidos de América, sobre la eliminación de antecedentes penales, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Se instruya a quien corresponda para que se dejen sin efectos los Acuerdos A/003/2012 y A/004/ 2013, emitidos por el Procurador General de Justicia del entonces Distrito Federal, relativos a la presentación ante los medios de comunicación de personas puestas a disposición del Ministerio Público, por los razonamientos expuestos en la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Diseñar e impartir un curso integral en un término de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, dirigido al personal ministerial y policial de la PGJCDMX, relacionado con la capacitación y formación en materia de derechos humanos, precisado en la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

OCTAVA. Se colabore debidamente en la integración de la carpeta de investigación que se inicie con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, así como con la queja en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 involucrados, así como de las personas servidoras públicas que tuvieron participación o conocimiento de los hechos, ya sea por acción o por haber tolerado tal conducta en los hechos a que se refiere la presente Recomendación. En caso de que la responsabilidad penal y administrativa haya prescrito, la autoridad recomendada, agregara a su expediente laboral la resolución que, en su caso, así lo determine, y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. Instruya a quien corresponda se designe al servidor público que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

A usted Presidente del Tribunal Superior de Justicia y del Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México:

PRIMERA. En atención a la naturaleza de los hechos violatorios a los derechos humanos de V1, gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se inicié el procedimiento que corresponda en términos de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, vigente al momento de los hechos, en contra de AR13 involucrado en los hechos descritos en la presente Recomendación, y en su caso, la denuncia ante el agente del Ministerio Público de la PGJCDMX. En el supuesto que la conducta esté prescrita, agregar copia de la presente Recomendación en su expediente laboral.

SEGUNDA. En coordinación con el titular de la Procuraduría General de Justicia de la CDMX, deberá ofrecer una disculpa pública institucional a V1 y sus familiares con la presencia de esta Comisión Nacional, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Instruya a quien corresponda se designe al servidor público que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

TIEMPO DE TRAMITACIÓN EN LA CNDH:

24 de noviembre de 2017 al 26 de noviembre de 2018 (1 año, 2 días)

ESTADO:

En tiempo de ser aceptada.

Sobre el caso de violación al derecho a la protección de la salud y a una vida libre de violencia obstétrica por inadecuada atención médica en agravio de V1 y la pérdida del producto de la gestación en el Hospital de Gineco Obstetricia Núm. 3, del Centro Médico Nacional “La Raza” del IMSS, en la Ciudad de México

Ciudad de México, a 30 de noviembre de 2018

AUTORIDADES RESPONSABLES: Instituto Mexicano del Seguro Social

PROCEDIMIENTO: Expediente de Queja

SÍNTESIS DE LOS HECHOS

El 9 de mayo de 2018 se publicó en el portal de “Internet” del periódico “El Universal”, la nota periodística con el título: “Denuncian muerte de bebé en La Raza porque se negaron a hacer una cesárea”, en la que se informó sobre el caso de V1 quien estuvo internada cinco días en ese hospital debido a su embarazo, perdiendo al producto de la gestación el 3 de mayo del año en cita. En la nota mencionada se detalló que V2 fue informado del deceso del producto de la gestación dentro del vientre de su esposa, motivo por el cual tomó la determinación de “sacarla de la unidad médica y trasladarla al Instituto Nacional de Perinatología”, indicándose que el IMSS precisó —mediante una tarjeta informativa— que el embarazo de V1 era considerado de alto riesgo, cuestión por la que había estado hospitalizada en diversas ocasiones, y que “lamentablemente el 3 de mayo se detectó la ausencia de frecuencia cardíaca fetal”.

Ese mismo día, mediante comunicado de prensa con el título: “Avances Investigación sobre la atención a una derechohabiente en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del #CMNLaRaza”, el IMSS informó que integró un equipo multidisciplinario de médicos expertos independientes a “La Raza” con el objetivo de investigar los hechos sucedidos e informó que como medidas para garantizar la objetividad e imparcialidad de sus acciones, determinó separar de su cargo a cuatro personas servidoras públicas de ese nosocomio: al Director Médico, al Coordinador Médico del turno nocturno, al Jefe de División de Obstetricia y a la Jefa del Departamento Clínico de Perinatología, añadiendo que el OIC y esta Comisión Nacional habían iniciado las investigaciones conducentes.

El 11 de mayo de 2018, en virtud de los hechos y su trascendencia en medios de comunicación a través de notas periodísticas y la difusión de videos en distintas redes sociales como *Facebook*, *Twitter* y *Youtube* en los que se observa que V1 abandona a pie “La Raza” bastante afectada y aún con la bata puesta y en donde se ve que sus familiares denuncian que durante cinco días que estuvo hospitalizada no la atendieron, esta Comisión Nacional acordó radicar de oficio el expediente de queja CNDH/4/2018/3432/Q, solicitándose información y copia de los expedientes clínicos respectivos al IMSS y al INPER.

El 20 de junio de 2018, se recibió en este Organismo Nacional la queja presentada por V1 en la que denunció violaciones a sus derechos humanos, presumiblemente atribuibles a personal médico de “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de México.

DERECHOS VULNERADOS

- A. Derecho a la protección de la salud
- B. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica
- C. Inadecuada integración del expediente clínico de V1 en “La Raza”
- D. Responsabilidad

OBSERVACIONES

A. Derecho a la protección de la salud

Este Organismo Autónomo confirmó que los múltiples factores de riesgo que se hallaron en el binomio materno-fetal tales como: producto de la cuarta gesta, dos abortos previos, cesárea por parto prematuro, previa amenaza de parto, además de la detección de una infección de las vías urinarias, fueron factores que incrementaron el riesgo para que el embarazo de V1 concluyera como un parto “pretérmino”, el descuido del personal de enfermería para informar oportunamente la ruptura de membranas que cursó la paciente, la omisión de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 para resolver de manera inmediata el parto de V1 vía cesárea urgente y practicarle los estudios clínicos durante su estancia en “La Raza”, así como la falta de supervisión de AR6 a los médicos tratantes, condicionaron la interrupción del desarrollo del producto de la gestación.

Bajo esa premisa, la CNDH advirtió que V1 no recibió una atención médica oportuna, eficiente y de calidad en “La Raza”, pues las omisiones médicas y la falta de inmediatez en la resolución del parto de V1 fueron condiciones que aumentaron los factores de riesgo que presentó el binomio materno-fetal, lo que derivó en la muerte del producto de la gestación. Respecto a la afectación de V1 y V2 ante la pérdida del producto, esta Comisión Nacional observa, tal y como fue documentado en la nota periodística que motivó el inicio de oficio de la queja ante este Organismo Nacional y en los informes que remitió el IMSS, que al recibir la noticia V1 tomó la determinación de salir de manera voluntaria acompañada de sus familiares de “La Raza” para recibir atención en otro hospital. Finalmente, al dejar el nosocomio acudió más tarde al Instituto Nacional de Perinatología, donde recibió la atención médica correspondiente.

De forma posterior a su salida de “La Raza”, V1 se dirigió al INPER en la Ciudad de México, en donde SP2 y SP3 al ingreso de V1 establecieron como diagnóstico “embarazo de 36.3 semanas por fecha de última menstruación, feto óbito, hipotiroidismo, trabajo de parto en fase latente y ruptura prematura de membranas” e indicaron la realización de un estudio ultrasonográfico en el que se corroboró la muerte fetal del producto de la gestación y que V1 presentaba disminución de líquido amniótico, así como datos indicativos de un proceso infeccioso en el tracto urinario motivado por la ruptura prematura de membranas prolongada durante su estancia en “La Raza”. De las constancias del expediente clínico integrado en el INPER con motivo de la atención médica otorgada a V1 se advirtió que a las 09:55 horas del 4 de mayo de 2018, se llevó a cabo la extracción del producto de la gestación fallecido y que SP4 asentó en el certificado correspondiente que la causa de la muerte fue: “interrupción de la circulación feto-placentaria”.

No se omite que en la respectiva nota médica de valoración realizada a las 13:39 horas del 4 de mayo de 2018, SP5 describió el estado anímico de V1 al precisar que: “La paciente refiere la siguiente sintomatología: tristeza, angustia, desesperación y cansancio, asociada a la pérdida de su bebé [...] menciona que su pareja también se siente triste por la pérdida por lo que se les remitió a la Coordinación de Psicología y Calidad [...] para apoyo psicoterapéutico...”.

De acuerdo a la Opinión Médica emitida por esta Comisión Nacional, el aludido examen histológico en el INPER reveló que V1 presentó un cuadro de corioamnionitis y vasculinitis coriónica (inflamación de las membranas fetales), lo cual confirmó la presencia de una complicación por inflamación tanto de la placenta como del producto de la gestación derivada de un proceso infeccioso condicionado por el estado de ruptura prematura de membranas prolongada que inició V1 en su estancia en “La Raza” desde las 21:04 horas del 1 de mayo de 2018.

B. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V1

Las omisiones de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 constituyen una forma de violencia obstétrica en agravio de V1, por la inadecuada atención médica que le brindaron, pues permaneció por varias horas en espera de cirugía para interrupción del embarazo pese a que existía una indicación de urgencia y con una evolución de ruptura de membranas de más de 40 horas de evolución, ignorando los riesgos obstétricos que derivaron en la muerte del producto de la gestación. Este Organismo Autónomo concluyó que de habersele realizado a V1 la cesárea de manera inmediata, se habría brindado una atención oportuna y un mejor pronóstico de sobrevivencia del producto de la gestación, por lo que las acciones y omisiones de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 se traducen en violencia obstétrica en contra de V1.

No pasó desapercibido por esta Comisión Nacional las manifestaciones de V1 en su escrito de queja, respecto a la actitud del personal de enfermería cuando —a las 09:04 horas del 1 de mayo de 2018— “se le rompió fuente” y solicitó ayuda a las enfermeras gritando, ocasión en la que dijo “pero nadie me atendió, por lo que fui al área de enfermeras a pedir auxilio, pero solo me respondieron con risas burlonas diciéndome que era algo normal”, esta situación cobra trascendencia en las observaciones formuladas por el IMSS en la Investigación Laboral en la que indicó que el personal de enfermería en turno omitió informar al médico tratante en turno sobre la ruptura de membranas de la paciente, pues solo asentó que ese hecho ocurrió a las 23:30 horas del día 1 de mayo. Tal situación impidió tener un registro certero sobre el hecho clínico.

Aunado a ello, para la CNDH cobró relevancia lo expuesto por V1 al manifestar que cuando le informaron que el producto de la gestación había perdido la vida “el equipo médico que ahí se encontraba solo platicaban y reían como si no hubiese pasado nada... pretendo salir por urgencias y el médico me dice que no, que no puedo salir del hospital, por lo que me sujeto de los brazos y me azotó en la cama donde estaba repitiéndome que todo estaba bien”.

C. Inadecuada integración del expediente clínico de V1 en “La Raza”

Durante la investigación del presente caso, este Organismo Nacional advirtió que en las constancias médicas del expediente clínico de V1 integrado con motivo de la atención médica que se le otorgó en “La Raza”, se detectaron diversas omisiones evidenciando además un incumplimiento a lo que establece la NOM-004-SSA3-2012, ya que en algunas no se asentó el nombre del médico tratante o no se apuntó completo, otras carecen de fecha y hora del suministro de medicamento.

D. Responsabilidad

Se observó que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 omitieron prestar a V1 un servicio de calidad pues no se advirtió la existencia de constancias clínicas, que no solicitaron estudios para corroborar la condición clínica del binomio materno-fetal y aun cuando existía la indicación de cesárea urgente para resolver su embarazo, omitieron realizar gestiones internas y de referencia para atender la urgencia obstétrica. AR6 omitió sus labores de supervisión de los médicos referidos, situación que aumentó los factores de riesgo y que desencadenaron en la pérdida de la vida del producto de la gestación.

D.1 Responsabilidad Institucional

Esta Comisión Nacional observa que las omisiones descritas, como la falta de personal médico, equipamiento o infraestructura médica, forman parte de una problemática de carácter estructural en el funcionamiento del sistema de salud, por lo que este Organismo Nacional insta al IMSS para determinar si las problemáticas ocurridas en los hechos del presente caso, pueden derivar en el incumplimiento en alguna de las obligaciones contenidas en la Ley General de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, especialmente en mandos medios y superiores que debieron prever que en específico, que “La Raza” contara con toda la disponibilidad de personal y equipo médico necesario para garantizar el disfrute más alto posible del derecho a la protección de la salud de V1.

Lo anterior es así, pues en el presente asunto se evidenció que desde las 19:42 horas del 2 de mayo de 2018, AR2 indicó que V1 requería con urgencia de una cesárea, tal determinación se prolongó casi 22 horas, situación que fue atribuida a la falta de espacio quirúrgico, tal y como lo asentó AR4 en la nota médica de las 23:00 horas del 2 de mayo de 2018: “Paciente en espera de tiempo quirúrgico por múltiples procedimientos y falta de personal de anestesiología. Clínicamente estable...”, siendo la falta de equipamiento y personal especializado un factor que influyó en las complicaciones clínicas que provocaron la pérdida de la vida del producto de la gestación.

Tal circunstancia evidencia un incumplimiento a lo establecido en el apartado 5.1.8 de la NOM-007-SSA-2016.¹ No se omite mencionar que, si bien en la Investigación Laboral realizada por el IMSS se aludió sobre la falta de gestión por parte de AR1, AR3, AR3 y AR6 para el ingreso de V1 al quirófano, lo cierto es que esa circunstancia no desvirtúa la necesidad de investigar las posibles irregularidades en el desabasto o ausencia de los recursos humanos o técnicos que resultan necesarios para la atención clínica, no solo de la agraviada, sino de todas aquellas mujeres en estado de gravidez que acuden a esa unidad médica especializada.

RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se repare integralmente el daño a V1 y V2, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral conforme a la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. De manera inmediata, se deberá proporcionar la atención médica, psicológica y tanatológica que requieran V1 y V2, por personal profesional especializado y de forma continua hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad, sus necesidades, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, debiendo otorgar, en su caso, la provisión de medicamentos; y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, por las violaciones a los derechos humanos descritas, el trato inadecuado e indiferente que V1 refirió y la responsabilidad institucional que se menciona en el presente documento, así como en la investigación administrativa que se inició con motivo de la vista otorgada por el IMSS ante esa instancia y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

¹ La Norma Oficial Mexicana citada prevé que “los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas (como es el caso de “La Raza”) deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, equipo e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo, además de contar con servicio de transfusión sanguínea o banco de sangre con hemocomponentes y laboratorio para procesamiento de muestras; 24 horas del día, todos los días del año”.

CUARTA. Se colabore y dé seguimiento a la Carpeta de Investigación iniciada con motivo de la denuncia presentada por V1 y V2 ante la Procuraduría General de la República por el fallecimiento del producto de la gestación, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. En un plazo de seis meses, se diseñen e impartan en “La Raza” los siguientes cursos de capacitación: 1) sobre los estándares del derecho a la protección de la salud materna y de la niñez y violencia obstétrica, y 2) sobre las normas oficiales mexicanas en materia de atención a la mujer relativas al presente caso, los que deberán ser impartidos por personal especializado, así como los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. El plazo de dos meses se emita una circular dirigida al personal médico de “La Raza” en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, y se envíen las constancias que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. Se designe a una persona servidora pública de alto nivel, que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

TIEMPO DE TRAMITACIÓN EN LA CNDH:
206 días.

ESTADO:
Aceptada el 30 de noviembre de 2018.

Sobre el caso de violaciones a derechos humanos a la libre determinación y acceso a la justicia, en agravio de la comunidad indígena Tseltal del municipio de Oxchuc, Chiapas

Ciudad de México, a 30 de noviembre de 2018

AUTORIDADES RESPONSABLES: Gobernador Constitucional del Estado de Chiapas.
Fiscalía General del Estado de Chiapas.

PROCEDIMIENTO: Expediente de Queja

SÍNTESIS DE LOS HECHOS

El 19 de julio de 2015, se llevaron a cabo elecciones en el estado de Chiapas para elegir 122 alcaldes y 41 diputados locales, en las que resultó ganadora SP1 como Presidenta de Oxchuc, quien del 2005 al 2007, ocupó ese mismo cargo, al igual que su entonces esposo SP2 (períodos 2002 al 2004, y 2012 al 2015); en ese sentido, el triunfo electoral de SP1 causó inconformidad en algunos habitantes de Oxchuc, quienes el 25 de octubre de 2015 conformaron la Comisión Permanente que fue presidida por SP3 e iniciaron diversas movilizaciones, bloqueos de carretera y la toma de la Presidencia Municipal para exigir su renuncia, así como la creación de un Concejo municipal; por lo que el 7 de febrero de 2016, SP1 presentó ante el Congreso Estatal una licencia con “carácter indefinido” para dejar su cargo, la cual fue aprobada en sesión extraordinaria el 11 del mismo mes y año.

El 11 de marzo de 2016, el Congreso Estatal designó a SP3 como Presidente sustituto de Oxchuc; no obstante, los enfrentamientos continuaron entre simpatizantes de SP1 y habitantes opositores al “gobierno” que no ejercía por la aludida licencia; por lo que en junio de 2016, SP1 solicitó a la LXVI Legislatura del Congreso Estatal su reincorporación como Presidenta de Oxchuc, la cual le fue negada, por lo que tuvo que recurrir al Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación donde se inició el Juicio Electoral 1, mismo que se resolvió el 31 de agosto de 2016, ordenando la restituir en su cargo a SP1, y revocó el decreto emitido por la LXVI Legislatura del Congreso Estatal por medio del cual se aprobó su licencia con “carácter indefinido”; y luego de conocerse esta resolución, autoridades comunitarias de Oxchuc se declararon en alerta máxima y acusaron a los magistrados de tomar una resolución a la ligera, al asegurar que desconocen el sentir mayoritario de los integrantes de la comunidad.

El 9 de noviembre de 2017, integrantes de la Comisión Permanente informaron que, mediante asamblea comunitaria, los habitantes de Oxchuc acordaron solicitar ante el IEPC, el reconocimiento de su autonomía política para regirse por medio de “los usos y costumbres del pueblo”, así como la salida y el desmantelamiento de los partidos políticos; por lo que el 10 del mismo mes y año, los habitantes inconformes con la restitución de SP1, reiniciaron los bloqueos carreteros en la zona e instalaron una “caseta de cobro” sobre la carretera San Cristóbal de las Casas-Palenque a la altura del “Arco”, cabecera de Oxchuc.

El 24 de enero de 2018, se recibieron en esta Comisión Nacional las llamadas telefónicas de Q1 y Q2, por las que informaron que alrededor de las 11:00 horas de ese día, un grupo de personas armadas provenientes de las localidades de Piedra Escrita, Cruz-Ton y El Mash, todas pertenecientes a Oxchuc, y presuntamente ligados

a SP1, agredieron con armas de fuego a diversas personas presuntamente ligadas a SP3, que se encontraban concentradas en el “Arco”, de cuyo enfrentamiento resultó: cuatro perdieron la vida, 27 resultaron lesionadas y 30 sufrieron afectaciones por el incendio de sus casa o negocios.

El 30 de enero de 2018, al tratarse de un asunto que por su gravedad y naturaleza trascendió el interés de la entidad federativa e incidió en la opinión pública nacional, este Organismo Nacional conforme al artículo 6o., fracción XVI de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 14 del Reglamento Interno, acordó ejercer la facultad de atracción del caso e inició el expediente de queja CNDH/4/2018/854/Q.

DERECHOS VULNERADOS

- Derecho a la libre autodeterminación y autonomía de los habitantes indígenas de Oxchuc, con relación a la forma para elegir autoridades municipales conforme a sus sistemas normativos.
- Derecho de acceso a la justicia en su modalidad de procuración de justicia.

OBSERVACIONES

En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente CNDH/4/2018/854/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encontró elementos que acreditaron la vulneración a los siguientes derechos humanos:

A) Derecho a la libre autodeterminación y autonomía de los habitantes indígenas de Oxchuc, con relación a la forma para elegir autoridades municipales conforme a sus sistemas normativos

Al respecto, se advirtió que en Oxchuc, durante los periodos 2005 al 2007 y el diverso 2015 al 2018, SP1 fue electa para ocupar el cargo de Presidenta Municipal; cargo que también ocupó su esposo SP2, en los periodos 2002 al 2004, y 2012 al 2015; situación que además de generar diversos actos de violencia, propició que el 11 de noviembre de 2016, indígenas tseltales pertenecientes a la comunidad de Oxchuc, e integrantes de la Comisión Permanente, solicitaran al IEPC celebrar las elecciones de las autoridades municipales conforme a los sistemas normativos indígenas vigentes en el citado municipio, porque el sistema de partidos políticos habría generado ingobernabilidad por la existencia de prácticas de “cacicazgo”, división, confrontación, muertes y la vulneración del derecho a la libre determinación de dicha comunidad.

El 10 de febrero de 2017, el Consejo General del IEPC, mediante Acuerdo IEPC/CG-A/005/2017, declaró improcedente la solicitud para celebrar elecciones a través del sistema de “usos y costumbres”, aduciendo que en la legislación del estado de Chiapas no existía un procedimiento legislado para dar cauce a dicha solicitud; en ese sentido, el 8 de marzo de 2017, indígenas tseltales pertenecientes a la comunidad de Oxchuc, e integrantes de la Comisión Permanente, inconformes por la respuesta otorgada por el IEPC, promovieron el Juicio Electoral 2, mismo que conoció el Tribunal Electoral del Estado de Chiapas, quien el 28 de junio de 2017 emitió una sentencia cuyos efectos fueron, entre otros, determinar a través de un estudio o dictamen que posteriormente realizaría el Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH), sobre la viabilidad de la implementación de sus sistemas normativos en Oxchuc, para la elección de sus autoridades, y someterlo a procedimiento de consulta indígena.

El 17 de septiembre de 2018, el INAH entregó al IEPC, la investigación etnográfica y documental denominada: “Dictamen antropológico, Sistema Normativo Indígena para la Designación de Autoridades en el Municipio de Santo Tomás Oxchuc”, en el que se concluyó la existencia de instituciones políticas, culturales, sociales y eco-

nómicas propias, que prevalecen y cumplen funciones en la organización comunitaria en Oxchuc; en ese contexto, el 26 de septiembre de 2018, el IEPC emitió un acuerdo mediante el cual declaró procedente celebrar la consulta a los habitantes de Oxchuc, con el objeto de conocer su voluntad sobre el sistema de elección de sus autoridades municipales, por sistema de partidos políticos o por “usos y costumbres”.

Al respecto, de la revisión practicada a la legislación del estado de Chiapas, se pudo advertir que el Código de Elecciones y Participación Ciudadana del Estado de Chiapas establece que, entre otras, las personas indígenas pueden acceder a cargos de elección popular; mientras que la Ley de Derechos y Cultura Indígena del estado de Chiapas reconoce el derecho a la libre determinación y autonomía de los pueblos y comunidades indígenas chiapanecas con relación a la solución de sus conflictos internos, en los que se debe respetar su cultura, usos, costumbres y tradiciones.

En ese sentido, se pudo advertir que la legislación actual del estado de Chiapas, únicamente garantiza los derechos que se encuentran previstos en la fracción VII, apartado A, del artículo 2o. constitucional; es decir, la posibilidad de “[...] elegir, en los municipios con población indígena, representantes ante los ayuntamientos. Las constituciones y leyes de las entidades federativas reconocerán y regularán estos derechos en los municipios, con el propósito de fortalecer la participación y representación política de conformidad con sus tradiciones y normas internas”, pero no contempla las garantías previstas en la fracción III, apartado A, del artículo 2o. constitucional, relativo a “elegir de acuerdo con sus normas, procedimientos y prácticas tradicionales, a las autoridades o representantes para el ejercicio de sus formas propias de gobierno interno...”, así como el artículo 7o., párrafo cuarto, de la Constitución del Estado el cual reconoce “[...] el derecho de las comunidades indígenas para elegir a sus autoridades tradicionales de acuerdo a sus usos, costumbres y tradiciones, fomentando la participación de las mujeres”.

Por otro lado, se destaca el hecho de que la comunidad de Oxchuc se vio forzada a recurrir a instancias administrativas y judiciales para que les fuera reconocido este derecho. Sobre esta cuestión, debe subrayarse que la judicialización del derecho a la libre determinación no debería constituir la regla general, en tanto las autoridades deben garantizar a los pueblos y comunidades indígenas el goce efectivo de este derecho de manera directa, de acuerdo a lo previsto con la Constitución Federal y Estatal, así como el Convenio 169.

En ese contexto, se constató que el Gobierno del estado de Chiapas transgredió el derecho a la libre autodeterminación y autonomía de los habitantes indígenas de Oxchuc, con relación a la forma para elegir autoridades municipales conforme a sus sistemas normativos, porque no implementó ninguna medida de carácter legal, administrativa nacional y/o internacional para garantizar tales derechos, lo que originó el conflicto intracomunitario que subsecuentemente provocó los hechos violentos del 24 de enero de 2018, en el que V1, V2, V3 y V4 perdieron la vida, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24, V25, V26, V27, V28, V29, V30 y V31 resultaron lesionados; además de diversas casas y negocios quemados de V32, V33, V34, V35, V36, V37, V38, V39, V40, V41, V42, V43, V44, V45, V46, V47, V48, V49, V50, V51, V52, V53, V54, V55, V56, V57, V58, V59, V60 y V61.

Derecho de acceso a la justicia en su modalidad de procuración de justicia

Con motivo de los hechos violentos ocurridos el 24 de enero de 2018 en el municipio de Oxchuc, la Fiscalía General del Estado, por conducto de la Fiscalía de Justicia Indígena, inició cuatro carpetas de investigación y un Registro de Atención.

Al respecto, se destacó que el 26 de enero de 2018, personal de esta Comisión Nacional entrevistó a un servidor público de la Fiscalía Estatal, quien en relación al fallecimiento de V4, informó que era un “rumor en las redes sociales”, toda vez que los familiares no habían denunciado su fallecimiento, por lo que oficialmente no se tenía certeza de su deceso, no obstante, se realizaría la investigación correspondiente en la Carpeta de Investigación 2.

El 28 de enero de 2018, personal de esta Comisión Nacional entrevistó a SP1, quien en relación al fallecimiento de V4, manifestó que diversos funcionarios de la Fiscalía Estatal acudieron al municipio de Oxchuc donde únicamente realizaron el levantamiento y reconocimiento de V1, V2 y V3, dejando a V4 en el mismo lugar donde perdió la vida, por lo que su esposa V65 decidió sepultarlo en el patio de su vivienda y presentó la denuncia de hechos correspondiente ante la Fiscalía Indígena, en la que solicitó la exhumación de V4. Esta información fue corroborada por V65, el 6 de febrero de 2018, en la entrevista que le realizó este Organismo Nacional.

En ese sentido, la Fiscalía Indígena informó a esta Comisión Nacional que no se había realizado la exhumación del cuerpo de V4 porque “no existían las condiciones”, pues era necesario que el Ministerio Público acudiera con los familiares de V4 a fin de verificar el lugar donde fue sepultado y después solicitar al Juzgado de Control la exhumación y por consiguiente la necropsia de ley.

Posteriormente, el 12 de febrero de 2018, la Fiscalía Estatal informó de las diligencias practicadas en la Carpeta de Investigación 2, señalando con relación al caso de V4, lo siguiente: “[...] obra en actuaciones entrevista practicada a concubina del occiso, se encuentra pendiente practicar diligencias como: criminalística de campo, inspección policial del lugar de los hechos y la probable causa de la muerte, toda vez que la inhumación fue realizada por los familiares del occiso y no se tuvo acceso al cuerpo, debido a las condiciones que prevalecían y que aún prevalecen en la zona, motivo por la que el Fiscal actuante refiere que en la medida en que las condiciones del lugar lo permitan, desahogará las diligencias para el esclarecimiento de los hechos [...]”.

Asimismo, el 4 de mayo de 2018, la Secretaría General de Gobierno con relación al caso de V4 señaló que: “no [contaba] con mayores datos, no obstante, la Fiscalía de Justicia Indígena investiga el delito de homicidio de esta persona en la Carpeta de Investigación [...]”; sin embargo, estaba pendiente de desahogar la probable causa de muerte, ya que el personal pericial no tuvo acceso al cuerpo, en tanto la inhumación fue realizada por los familiares.

El 15 de mayo de 2018, personal de esta Comisión Nacional entrevistó al Subdirector de Averiguaciones Previas y Encargado de las Unidades Integrales de Investigación y Justicia de la Fiscalía Estatal, quien informó que seguía pendiente la exhumación del cuerpo de V4, pues “no existían condiciones para acudir a la zona”.

De la revisión que esta Comisión Nacional realizó el 19 de octubre de 2018 a la Carpeta de Investigación 2, se constató que la exhumación aún no ha sido realizada. Al respecto, desde el inicio de la citada carpeta (24 de enero de 2018) a la fecha, han transcurrido más de 10 meses sin que la diligencia de exhumación se haya realizado.

Al respecto, con relación al argumento sobre la imposibilidad por parte de AR de acudir a Oxchuc, se destaca el hecho que con motivo de la Carpeta de Investigación 1 consta que personal de la Fiscalía Estatal acudió a Oxchuc para realizar el reconocimiento de V1, V2 y V3. Este hecho contrasta con lo expuesto por AR; en vista de ello, esta Comisión Nacional considera que no se encuentra justificado que en el caso de V4 a la fecha no se haya realizado la exhumación, aun y cuando la propia Fiscalía Estatal acudió a Oxchuc con motivo de otras carpetas de investigación.

En ese contexto, se acreditó que AR no cumplió con las funciones a las cuales se encuentra obligado como Agente del Ministerio Público, lo que ha provocado un retraso significativo en la investigación de la Carpeta de Investigación 2, relacionada con el homicidio de V4, vulnerando el derecho de acceso a la justicia en su modalidad de procuración de justicia en agravio de sus familiares.

Por otro lado, con relación a las Carpetas de Investigación 3 y 4, así como el Registro de Atención que a la fecha se encuentran en integración, se destacó la violación a los derechos al acceso a la justicia en su modalidad de procuración y administración de justicia, así como el derecho a la verdad en agravio de las víctimas y sus familiares, ya que tienen derecho a conocer la verdad de los hechos que originaron las violaciones a sus derechos humanos y que exista un verdadero esclarecimiento, derecho que también corresponde a la sociedad en su conjunto, para

saber la verdad de lo ocurrido, la razón y circunstancias que originaron los mismos, como una forma de coadyuvar a evitar que vuelvan a ocurrir; lo anterior, toda vez que al día de la fecha no se han determinado.

RECOMENDACIONES

A usted Gobernador Constitucional del Estado de Chiapas:

PRIMERA. Conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, brindar a V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24, V25, V26, V27, V28, V29, V30, V31, V32, V33, V34, V35, V36, V37, V38, V39, V40, V41, V42, V43, V44, V45, V46, V47, V48, V49, V50, V51, V52, V53, V54, V55, V56, V57, V58, V59, V60, V61, V62, V63, V64 y V65 una reparación integral del daño y se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, conforme a la Ley de General de Víctimas y la Ley de Víctimas para el Estado de Chiapas, que incluya el pago de una compensación y/o indemnización integral, así como se le brinde atención psicológica a los familiares de V1, V2, V3 y V4, lo anterior, con motivo de las afectaciones sufridas por los hechos del 24 de enero de 2018, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue a V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24, V25, V26, V27, V28, V29, V30 y V31, la atención médica y psicológica que requieran con motivo de las lesiones que sufrieron en los hechos del 24 de enero de 2018; y en su caso, incluir la provisión de medicamentos y prótesis, mismas que deberán adecuarse a sus necesidades y desarrollo a lo largo de sus vidas. La atención médica deberá incluir fisioterapia para el desarrollo motriz, así como atención médica especializada en rehabilitación, entre otras atenciones y servicios necesarios que les permitan en un futuro desarrollar habilidades para una vida independiente; derivada de la violación a los derechos humanos precisados en la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. De manera coordinada y en apoyo al Instituto de Elecciones y Participación Ciudadana, deberá de coadyuvar en la ejecución de la consulta indígena en el Municipio de Oxchuc, Chiapas, con el objeto de conocer su voluntad sobre el sistema de elección de sus autoridades municipales, por sistema de partidos políticos o por usos y costumbres, y sobre todo para evitar actos de violencia como los ocurridos el 24 de enero de 2018, debiéndose observar lo señalado en la presente Recomendación, y envíen las constancias a este Órgano Nacional con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se diseñe e imparta en la Secretaría General de Gobierno, en un plazo máximo de tres meses, un programa integral de educación, formación y capacitación en materia de derechos humanos, específicamente sobre el derecho a la libre determinación de los pueblos y comunidades indígenas, impartido por personal especializado, con perspectiva intercultural y de género, debiendo enviar esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se implemente un mecanismo administrativo para promover y fortalecer los sistemas de autonomía y autogobierno indígena, incluyendo sus sistemas jurídicos, incluido con la provisión de los medios para financiar dichas funciones autónomas, para lo cual, se deberán establecer canales de diálogo, coordinación y colaboración entre las instituciones autonómicas indígenas, como las policías comunitarias, juzgados indígenas, municipios autónomos y el Gobierno en todas las áreas de interés mutuo, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Envíe al Congreso el Estado una iniciativa de ley que contenga las medidas legales y administrativas idóneas para que los pueblos indígenas de esa entidad federativa puedan ejercer su derecho a elegir sus propias autoridades en elecciones municipales de acuerdo con sus sistemas normativos internos, de conformidad con lo

establecido en los artículos 2o., apartado A, fracción III, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 7o., párrafo cuarto, de la Constitución Política del Estado de Chiapas; y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Instruir las acciones necesarias para que la “Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas” y el Registro Estatal de Víctimas previstos en la Ley de Víctimas para el Estado de Chiapas operen en dicha entidad, sin que el Gobierno Estatal pueda invocar la falta de la Comisión y Registro como causa que pueda justificar el incumplimiento de alguna de las medidas de reparación integral, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

OCTAVA. Se designe a la persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

A usted Fiscal General del Estado de Chiapas:

PRIMERA. Conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, brindar de manera coordinada y en apoyo al Gobierno del Estado una reparación integral del daño, y se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas a V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24, V25, V26, V27, V28, V29, V30, V31, V32, V33, V34, V35, V36, V37, V38, V39, V40, V41, V42, V43, V44, V45, V46, V47, V48, V49, V50, V51, V52, V53, V54, V55, V56, V57, V58, V59, V60, V61, V62, V63, V64 y V65, conforme a la Ley de General de Víctimas y la Ley de Víctimas para el Estado de Chiapas que incluya el pago de una compensación y/o indemnización integral, así como se le brinde atención psicológica a los familiares de V1, V2, V3 y V4, lo anterior con motivo de las afectaciones sufridas por los hechos del 24 de enero de 2018, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Colabore ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control de esa Fiscalía en contra de AR, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Adopte las medidas necesarias para agilizar la integración y perfeccionamiento de las Carpetas de Investigación iniciadas con motivo de los hechos ocurridos el 24 de enero de 2018; y en específico, con relación a la Carpeta de Investigación 2 iniciada por el delito de homicidio de V4, realizar las diligencias necesarias para llevar a cabo la exhumación del cuerpo, necropsia de ley y todas aquellas diligencias necesarias para que en su oportunidad, se determine lo que conforme a derecho corresponda, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se diseñe e imparta en el término de tres meses un curso integral de capacitación sobre estándares de debida diligencia en investigaciones ministeriales, impartido por personal especializado y con perspectiva intercultural y de género, y remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Se designe a la persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

TIEMPO DE TRAMITACIÓN EN LA CNDH:
310 días.

ESTADO:
En tiempo de ser aceptada.

Sobre el caso de violación a los derechos humanos a la inviolabilidad del domicilio, a la libertad y seguridad personal, a la integridad personal por actos de tortura, y de acceso a la justicia en su modalidad de inadecuada procuración, en agravio de V, en Reynosa, Tamaulipas

Ciudad de México, a 30 de noviembre de 2018

AUTORIDADES RESPONSABLES: Comisión Nacional de Seguridad.
Subprocuraduría Jurídica y de Asuntos Internacionales
en suplencia del Procurador General de la República.

PROCEDIMIENTO: Expediente de Queja

SÍNTESIS DE LOS HECHOS

El 5 de mayo de 2015, Q presentó escrito de queja ante esta Comisión Nacional, en el que refirió que aproximadamente a las 12:00 horas del 7 de mayo de 2014, V recibió una llamada telefónica de su esposa T1, quien le comentó que elementos de la PF habían ingresado de manera violenta a su domicilio.

En entrevista realizada por personal de este Organismo Nacional el 9 de julio de 2015, V confirmó los hechos expuestos por Q, agregando que un elemento de la PF interrumpió la llamada telefónica que sostenía con T1 y le comentó que lo estaban investigando, mencionándole que le causarían un daño a su familia en caso de que no acudiera su vivienda.

V se presentó inmediatamente en su domicilio, donde personal de la PF falsamente le comentó que existía una averiguación previa en su contra, por lo que accedió a acompañarlos con la finalidad de corroborar los datos de la supuesta indagatoria penal.

Sin embargo, V fue trasladado a un predio abandonado, donde elementos de la PF lo agredieron físicamente y lo amenazaron con la finalidad de que proporcionara información sobre la ubicación de armas, drogas, dinero y el paradero de personas pertenecientes a un grupo de la delincuencia organizada; después, los agentes aprehensores lo llevaron al estacionamiento de un hotel, donde V permaneció hasta el día siguiente esposado a la defensa de una patrulla en una posición incómoda.

Finalmente, V fue puesto a disposición de la PGR a las 18:15 horas del 8 de mayo de 2014. En el parte informativo de los agentes aprehensores se asentó que V fue detenido en flagrancia a las 14:00 horas de esa fecha y le imputaron los delitos de portación de arma de fuego y posesión de cartuchos de uso exclusivo del Ejército, Armada y Fuerza Aérea.

En atención a los hechos señalados, el 5 de mayo de 2015, se radicó el expediente de queja CNDH/5/2015/3687/Q.

DERECHOS VULNERADOS

- Inviolabilidad del domicilio y a la privacidad.
- Libertad y seguridad personal.
- Integridad personal por actos de tortura.
- Acceso a la justicia en su modalidad de procuración.

OBSERVACIONES

Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2015/3687/Q, se advirtió que los testimonios rendidos por Q, T1, T2, T3, T4, T5, T7 y T8, son contestes en el sentido de que el 7 de mayo de 2014, personal de la PF ingresó violentamente al domicilio de V y lo detuvo, en ese lugar, asimismo señalaron que observando cuando lo subieron a una patrulla de la PF y se lo llevaron.

De la diligencia realizada el 20 de junio de 2018, por personal de este Organismo Nacional en el domicilio de V se desprende que es convincente lo manifestado en los citados testimonios, pues se corroboraron los lugares desde los cuales dichas personas observaron el operativo realizado por los elementos de la PF.

No obstante que la autoridad responsable señaló en su informe que los hechos materia de la queja acontecieron como se asentó por AR1 y AR2 en el parte informativo, en la diligencia de inspección judicial realizada por SP5 el 8 de abril de 2016, se constató que no existe la intersección de las vialidades precisadas por los agentes aprehensores en el citado documento, por lo que no hay certeza del lugar en el que supuestamente los elementos de la PF efectuaron la detención de V.

En ese sentido, este Organismo Nacional estima que la versión expuesta por AR1 y AR2 no se encuentra sustentada por ninguna evidencia que le dé certeza, por lo que dichos servidores públicos y demás personas servidoras públicas de la PF, transgredieron lo dispuesto por el artículo 16, párrafo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ya que ingresaron al domicilio de V sin contar con una orden judicial que fundara y motivara la causa legal del procedimiento, por lo que vulneraron su derecho a la inviolabilidad del domicilio.

También se acreditó que V fue detenido ilegal y arbitrariamente el 7 de mayo de 2014, en virtud de que AR1, AR2 y demás personas servidoras públicas de la PF, efectuaron dicha detención sin contar con una orden judicial que los facultara para ello y fue puesto a disposición del Ministerio Público Federal, aproximadamente 30 horas después sin justificación alguna, contraviniendo lo establecido por el artículo 16, párrafos cuarto, quinto y sexto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y se conculcó el derecho de V a la libertad y seguridad personal.

Por cuanto hace al derecho a la integridad personal, de la Opinión Médico-Psicológica basada en el “Protocolo de Estambul”, emitida por especialistas de esta Comisión Nacional, se desprende que V presentó lesiones traumáticas y secuelas psicológicas que son concordantes con su versión de los hechos, las cuales son coincidentes con lo estipulado en las directrices del Manual para la Investigación y Documentación Eficaces de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Dicha prueba, concatenada con el relato de V, crea convicción de que existió la intención por parte de elementos de la PF de ocasionarle a V sufrimiento físico y mental con la finalidad de que proporcionara información respecto a la ubicación de armas, drogas, dinero y de personas pertenecientes al crimen organizado, vulnerando el derecho a la integridad personal de V ya que son constitutivos de tortura.

Finalmente, de la consulta realizada por personal de este Organismo Nacional a la AP2 iniciada con motivo de los presuntos actos de tortura en agravio de V, se desprende que AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, Agentes del Ministerio Público Federal responsables de dicha indagatoria no actuaron con la debida diligencia y omitieron realizar las acciones pertinentes para la investigación de tales hechos, vulnerando con ello el derecho humano de V al acceso a la justicia en su modalidad de procuración de justicia.

RECOMENDACIONES

A usted Comisionado Nacional de Seguridad:

PRIMERA. Instruir a quien corresponda, a efecto de que se proceda a la reparación integral del daño ocasionado a V conforme a la Ley General de Víctimas, que incluya atención médica y psicológica, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Colaborar ampliamente en el seguimiento de la denuncia que presentará este Organismo Autónomo ante la PGR en contra de los elementos de la PF que intervinieron en los hechos que se consignan en esta Recomendación, la cual deberá integrarse a dicha indagatoria, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que así lo acrediten y aquellas que le sean solicitadas.

TERCERA. Se colabore ampliamente con esta Comisión Nacional en la integración del procedimiento administrativo de responsabilidad que se promueva ante la Unidad de Asuntos Internos de la Policía Federal, en contra de las personas servidoras públicas involucradas. En caso de que la responsabilidad administrativa haya prescrito, la autoridad recomendada deberá dejar constancia de la resolución respectiva y de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal de cada una de ellas, con motivo de las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. En un plazo de tres meses se diseñe e imparta un curso integral, sobre capacitación y formación en derechos humanos a las personas servidoras públicas adscritas a la PF, en específico lo relativo para evitar los cateos ilegales, así como detenciones ilegales y arbitrarias, con el objeto de prevenir violaciones como las que dieron origen a este pronunciamiento.

QUINTA. Se imparta un curso a las personas servidoras públicas adscritas a la PF, relacionado a la aplicación del Protocolo de Actuación de la Policía Federal sobre el uso de la Fuerza, en el cual se enfatice el respeto a la integridad personal y la obligación de prevenir y sancionar actos de tortura, así como el uso adecuado de la fuerza, el cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a tres meses a partir de notificado el presente documento, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias con las que acredite su cumplimiento.

SEXTA. Se realice la inscripción de V en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a efecto de que tenga acceso a la indemnización respectiva, así como a los derechos y beneficios previstos en la Ley General de Víctimas, misma que deberá efectuarse dentro de los siguientes tres meses a partir de notificado el presente documento, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias de su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se designe en el oficio de aceptación a una persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

A usted Subprocurador Jurídico y de Asuntos Internacionales en suplencia del Procurador General de la República:

PRIMERA. Que se giren las instrucciones que correspondan a efecto de que se continúe con la práctica de diligencias que sean legal y materialmente necesarias para que se determine la AP2 conforme a derecho, hecho lo cual se remita a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Colaborar ampliamente con la Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que se formule ante la PGR en contra de los servidores públicos señalados en la presente Recomendación, y se remitan a la Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Colaborar con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que promueva ante la Visitaduría General de esa Procuraduría, en contra del AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, así como de quien resulte responsable, por los hechos detallados en la presente Recomendación y se informe a esta Comisión Nacional la determinación que en su momento se emita.

CUARTA. En un plazo de tres meses se diseñe e imparta al personal ministerial y pericial de la Unidad Especializada en Investigación del Delito de Tortura de la Subprocuraduría Especializada en Investigación de Delitos Federales de la Procuraduría General de la República, un curso integral, sobre capacitación y formación en derechos humanos, en específico lo relativo al derecho de acceso a la justicia en su modalidad de procuración de justicia en casos relacionados con actos de tortura con el objeto de evitar violaciones como las que dieron origen a este pronunciamiento.

QUINTA. Se designe a una persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

TIEMPO DE TRAMITACIÓN EN LA CNDH:

Del 5 de mayo de 2015 al 9 de noviembre de 2018 (42 meses y 4 días)

ESTADO:

Notificada a la autoridad el 30 de noviembre de 2018



GACETA 340 • NOV • 2018
Comisión Nacional de los Derechos Humanos



Centro de Documentación
y Biblioteca

LIBROS

- ANULA, Alberto, dir., *Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en fácil lectura*. Murcia, Real Patronato sobre Discapacidad, Universidad Autónoma de Madrid, Fundación General de la Universidad Autónoma de Madrid, Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid, Grupo UAM-Fácil Lectura, 2018, 33 p.
362.4 / C674 / 39210-12
- ARTICLE 19, *Francisca y la información. Derecho a la información para la salud*. México, Article 19, Oficina para México y Centroamérica, Creative Commons, 2016, 31 p. : il.
344.04 / A838f / 39119
- _____, *Guía para el ejercicio del derecho a la libertad de expresión en... El Salvador, Guatemala, Honduras, y Nicaragua*. [s.l.], Article 19, [s.a.], 79 p.
323.445 / A838g / 39117-18
- _____, *Transparencia intermitente. Los recursos de revisión del IFAI / INAI en materia de seguridad y justicia (2003-2015)*. México, Article 19, Oficina para México y Centroamérica, Creative Commons, 2016, 108 p. : cuad., gráf.
323.445 / A838t / 39120-21
- _____, *Transparencia Proactiva*. [s.l.], Article 19, Oficina para México y Centroamérica, Casa de la Mujer Ixim Antsetic, Creative Commons, [s.a.], 80 p. : il.
323.445 / A838t / 39122-23
- _____, *Derecho a la verdad en México: alcances y limitaciones en casos de violaciones graves de derechos humanos*. Ciudad de México, Article 19, Oficina para México y Centroamérica, 2018, vii, 197 p. : il.
323.4 / A838d / 39126-27
- CÁRDENAS GRACIA, Jaime, *La Constitución de la Ciudad de México: análisis crítico*. México, Senado de la República LXIII, Instituto Belisario Domínguez, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2017, 390 p.
342.02972 / C256c / 39106
- CASTELLANOS CERECEDA, Roberto, coord., *Los Objetivos de Desarrollo Sostenible en México y América Latina: retos comunes para una agenda compartida. Aprendiendo del pasado, preparándonos para el futuro*. México, Senado de la República LXIII, Instituto Belisario Domínguez, Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2017, 165 p. : gráf.
304.2 / C324o / 39107
- CELI, Alejandra y Tatsiana Ushakova, *Protocolo de Actuación para la Protección de los Derechos de las Personas que Ejercen Periodismo*. 1a. ed., 1a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Universidad de Alcalá, Programa Regional de Apoyo a las Defensorías del Pueblo en Iberoamérica, 2018, 96 p.
070.1 / C384p / 39147-49
- _____, *Protocolo de Actuación para la Protección de los Derechos de las Víctimas de la Tortura*. 1a. ed., 1a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Universidad de Alcalá, Programa Regional de Apoyo a las Defensorías del Pueblo en Iberoamérica, 2018, 95 p.
364.67 / C384p / 39150-52
- FIX-ZAMUDIO, Héctor [y] Héctor Fix-Fierro, *Las recomendaciones generales de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018, 195 p.
350.91 / F522r / 39195-97
- GONZÁLEZ OROPEZA, Manuel, *La jurisprudencia: su conocimiento y forma de reportarla*. 4a., ed., México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Coordinación de Compilación y Sistematización de Tesis, 2018, 541 p.
348.0472 / G614j / 39110
- GUADARRAMA SÁNCHEZ, Gloria J., coord., *Instituciones, sociedad civil y políticas públicas: trayectorias de investigación*. Zinacantepec, Estado de México, El Colegio Mexiquense, 2017, 292 p.
301.0972 / G852i / 39113
- MARTÍNEZ PICHARDO, José, *Morelos y la Constitución de Apatzingán: expresión del humanismo revolucionario*. Zinacantepec, Estado de México, El Colegio Mexiquense, Gobierno del Estado de México, Secretaría de Educación, 2017, 246 p., (Colección Identidad/Historia/Coediciones)
342.02972 / M362m / 39112
- MARTÍNEZ SORIA, Jesuswaldo, coord., *Informalidad: implicaciones legislativas y políticas públicas para reducirla*. México, Senado

- de la República LXIII, Instituto Belisario Domínguez, 2017, 278 p. : cuad., gráf.
331.1144 / M362i / 39104
- MASOUD, Katharina, coord., *Protección integral para personas defensoras de derechos humanos y periodistas: la deuda del Estado mexicano*. México, Espacio_OSC para la Protección de Personas Defensoras y Periodistas, Creative Commons, 2017, 79 p.
070.1 / M382p / 39124-25
- MCGOWAN, Gerald L., coord., *El Congreso Constituyente del Estado Libre y Soberano de México 1917*. 2a. ed., Zinacantepec, Estado de México, El Colegio Mexiquense, Gobierno del Estado de México, 2016, 880 p., (Colección Identidad/Historia/Coediciones)
342.02 / M436c / 39111
- MÉXICO. COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, *Protocolo para la Atención y Prevención de la Violencia Sexual en las Escuelas de Educación Inicial, Básica y Especial en la Ciudad de México*. 1a. ed., 2a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018, 85 p. : tab.
362.88 / M582p / 39219-21
- MÉXICO. SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, *Inconstitucionalidad de los requisitos diferenciados a la mujer y el varón para acceder al servicio de guarderías del IMSS*. México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Coordinación de Compilación y Sistematización de Tesis, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2018, 121 p., (Serie Decisiones Relevantes de la Suprema Corte de Justicia de la Nación; 100)
323.4054 / M582i / 39109
- PADRÓN INNAMORATO, Mauricio, Luciana Gandini [y] Emma Liliana Navarrete, coords., *No todo el trabajo es empleo: avances y desafíos en la conceptualización y medición del trabajo en México*. Zinacantepec, Estado de México, El Colegio Mexiquense, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2017, 249 p. : cuad., gráf.
331.1 / P128n / 39114
- PEREIDA, Refugio, ¡Vale! ¡Vale! 1a. ed., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018, 39 p. : il., [papel reciclado].
323.4054 / P398v / 39141-43
- RIVERA ESCAMILLA, Guillermo, *Un acercamiento a la masculinidad aprendida en México a partir del VIH: de machos, muxes y mayates*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018, 41 p.
305.3 / R624u / 39216-18
- TAPIA MENDOZA, Faviola Elenka, coord., *Tercer Ciclo Cine Debate: "sistema penitenciario, adolescentes que infringen la Ley Penal y Prevención de la Tortura a través de un enfoque cinematográfico"*. 1a. ed., 1a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018, 154 p. : il.
364.67 / T232t / 39222-24
- VELA BARBA, Estefanía, *La discriminación en el empleo en México*. México, Senado de la República LXIII, Instituto Belisario Domínguez, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2017, 231 p. : tab., gráf.
331.1330972 / V43d / 39105
- VILLANUEVA, Ruth, comp., *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. Protocolo de Estambul*. 1a. ed., 2a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018, 234 p. : il.
364.67 / V74m / 39153-55
- VILLARREAL LOZANO, Javier, comp., *Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza: cinco lustros de historia*. México, Fundación Universitaria de Derecho, Administración y Política, Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Coahuila de Zaragoza, 2018, 123 p.
323.4097214 / V75c / 39128

REVISTAS

- BARRIO, Fernando J., "La 'propietización' de la información y el derecho a recibir conocimiento", *Derecho Privado*. Argentina, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Dirección Nacional del Sistema Argentino de Información Jurídica, (10), marzo, 2015, pp. 3-19.
- CACACE, Alejandro, "La educación en el régimen democrático", *Derecho Privado*. Argentina, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Dirección Nacional del Sistema Argentino de Información Jurídica, (10), marzo, 2015, pp. 21-36.
- CAMACHO CEPEDA, Gladys, "Marco jurídico para resguardar la probidad en la función pública en Chile", *Revista de la Facultad de Derecho de México*. México, UNAM, Facultad de Derecho, 2(271), mayo-agosto, 2018, pp. 763-788.
- CAPOMASI, Romina Paola, "Análisis del acoso escolar desde el punto de vista de la Convención sobre los Derechos del Niño y su prevención", *Derecho Privado*. Argentina, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Dirección Nacional del Sistema Argentino de Información Jurídica, (10), marzo, 2015, pp. 37-54.
- CLUTTERBUCK, Martin, "La restitución de la propiedad en Siria después del conflicto", *Revista Migraciones Forzadas*. Alicante, España, Universidad de Alicante, Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz, University of Oxford, Centro de Estudios sobre Refugiados, (57), febrero, 2018, pp. 66-68.
- CLUTTERBUCK, Martin, Laura Cunial, Paola Barsanti y Tina Gewis, "Establecer identidades legales para los sirios desplazados", *Revista Migraciones Forzadas*. Alicante, España, Universidad de Alicante, Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz, University of Oxford, Centro de Estudios sobre Refugiados, (57), febrero, 2018, pp. 59-61.

- COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, "Informe mensual: abril, 2017", *Gaceta*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, (321), abril, 2017, pp. 9-92.
- _____, "Informe mensual: agosto, 2017", *Gaceta*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, (325), agosto, 2017, pp. 9-112.
- _____, "Informe mensual: enero, 2017", *Gaceta*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, (318), enero, 2017, pp. 9-69.
- _____, "Informe mensual: febrero, 2017", *Gaceta*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, (319), febrero, 2017, pp. 9-94.
- _____, "Informe mensual: julio, 2017", *Gaceta*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, (324), julio, 2017, pp. 9-77.
- _____, "Informe mensual: junio, 2017", *Gaceta*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, (323), junio, 2017, pp. 9-106.
- _____, "Informe mensual: marzo, 2017", *Gaceta*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, (320), marzo, 2017, pp. 9-114.
- _____, "Informe mensual: mayo, 2017", *Gaceta*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, (322), mayo, 2017, pp. 11-114.
- _____, "Informe mensual: septiembre, 2017", *Gaceta*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, (326), septiembre, 2017, pp. 9-93.
- CRUZ ESPINOSA, Mónica M., "Recomendación General Número 35 del Comité para la Eliminación de la Discriminación en contra de la Mujer, sobre la violencia por razón de género contra la mujer", *Derechos Humanos México. Revista del Centro Nacional de Derechos Humanos*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, (31), septiembre-diciembre, 2017, pp. 117-124.
- CRUZ VÁSQUEZ, María Lucía Araceli, "Atención tanatológica para los migrantes y sus familias", *Derechos Humanos México. Revista del Centro Nacional de Derechos Humanos*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, (31), septiembre-diciembre, 2017, pp. 75-96.
- CUECUECHA MENDOZA, Alfredo, Jaime Lara Lara, José Dionicio Vázquez Vázquez, "La reemigración de niños estadounidenses que viven en México", *Papeles de Población*. Toluca, UAEM, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, (91), enero-marzo, 2017, pp. 93-116.
- DAMSKY, Isaac Augusto, "La participación ciudadana como un derecho. El caso de la contratación administrativa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires", *Revista de la Facultad de Derecho de México*. México, UNAM, Facultad de Derecho, 2(271), mayo-agosto, 2018, pp. 809-848.
- DÍAZ GONZÁLEZ, Eliseo y José Bertín Ramírez García, "Gastos catastróficos en salud, transferencias gubernamentales y remesas en México", *Papeles de Población*. Toluca, UAEM, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, (91), enero-marzo, 2017, pp. 65-91.
- FUENTE RODRÍGUEZ, Jesús de la, "Generalidades del dinero", *Revista de la Facultad de Derecho de México*. México, UNAM, Facultad de Derecho, 2(271), mayo-agosto, 2018, pp. 789-808.
- GARAT, María Paula, "El Compliance de las empresas: un instrumento para el cumplimiento normativo y una garantía para los derechos fundamentales", *Revista de la Facultad de Derecho de México*. México, UNAM, Facultad de Derecho, 2(271), mayo-agosto, 2018, pp. 555-575.
- GARCÍA DÍAZ, Rocío, Juan Roberto Gallegos Elioza y Arturo Isai Zenteno García, "Una medición de la representación del ingreso de los hogares indígenas en la distribución de ingresos de los hogares mexicanos", *Papeles de Población*. Toluca, UAEM, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, (91), enero-marzo, 2017, pp. 201-227.
- GARCÍA FLORES, Kinich Emiliano, "El acceso a la justicia por parte de la población indígena de México. Transición y bases para su comprensión en el nuevo sistema de justicia penal", *Derechos Humanos México. Revista del Centro Nacional de Derechos Humanos*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, (31), septiembre-diciembre, 2017, pp. 39-73.
- GATTER, Melissa N., "Replantar las lecciones del campamento de refugiados de Zaatar", *Revista Migraciones Forzadas*. Alicante, España, Universidad de Alicante, Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz, University of Oxford, Centro de Estudios sobre Refugiados, (57), febrero, 2018, pp. 22-24.
- GONZÁLEZ MERLANO, Gabriel, "La religión en la razón pública. Principio de laicidad y libertad religiosa en Uruguay", *Revista de la Facultad de Derecho de México*. México, UNAM, Facultad de Derecho, 2(271), mayo-agosto, 2018, pp. 727-762.
- GONZÁLEZ OROPEZA, Manuel, "México: inflexión entre oriente y occidente. Inicios diplomáticos con Japón", *Revista de la Facultad de Derecho de México*. México, UNAM, Facultad de Derecho, 2(271), mayo-agosto, 2018, pp. 877-887.
- GRANADOS ALCANTAR, José Aurelio y Laura Myriam Franco Sánchez, "Migración y movilidad laboral entre las zonas metropolitanas de la región centro de México", *Papeles de Población*. Toluca, UAEM, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, (91), enero-marzo, 2017, pp. 117-141.
- HERRERA, José Israel, "Consulta previa en México: retos y elementos para su discusión", *Derechos Humanos México. Revista del Centro Nacional de Derechos Humanos*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, (31), septiembre-diciembre, 2017, pp. 15-37.
- HUANG, Cindy, Nazanin Ash, Katelyn Gough y Lauren Post, "La elaboración de pactos sobre refugiados: lecciones de Jordania", *Revista Migraciones Forzadas*. Alicante, España, Universidad de Alicante, Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz, University of Oxford, Centro de Estudios sobre Refugiados, (57), febrero, 2018, pp. 52-54.
- IRIBARNE, Santiago Pedro, "Una «nueva» educación para un nuevo Código", *Derecho Privado*. Argentina, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Dirección Nacional del Sistema Argentino de Información Jurídica, (10), marzo, 2015, pp. 111-134.

- IVANECA, Miriam M., "Régimen jurídico contra la corrupción", *Revista de la Facultad de Derecho de México*. México, UNAM, Facultad de Derecho, 2(271), mayo-agosto, 2018, pp. 577-593.
- JANMYR, Maja y Lama Mourad, "La categorización de los sirios en el Líbano como «vulnerables»", *Revista Migraciones Forzadas*. Alicante, España, Universidad de Alicante, Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz, University of Oxford, Centro de Estudios sobre Refugiados, (57), febrero, 2018, pp. 19-21.
- LLORENT BEDMAR, Vicente y Mercedes Llorent Vaquero, "Integración y relaciones interpersonales de los alumnos inmigrantes de origen marroquí de educación secundaria obligatoria en Andalucía (España)", *Papeles de Población*. Toluca, UAEM, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, (91), enero-marzo, 2017, pp. 9-38.
- LÓPEZ SANTIAGO, Marco Andrés, Martín Hernández Juárez y Aurelio León Merino, "La marginación y exclusión como posibles factores socioeconómicos de la violencia urbana: el caso de Valle de Chalco Solidaridad, Estado de México", *Papeles de Población*. Toluca, UAEM, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, (91), enero-marzo, 2017, pp. 171-199.
- LUPIERI, Sigrid, "Las desatendidas necesidades sanitarias de los refugiados sirios mayores en Jordania", *Revista Migraciones Forzadas*. Alicante, España, Universidad de Alicante, Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz, University of Oxford, Centro de Estudios sobre Refugiados, (57), febrero, 2018, pp. 25-27.
- MAHMOUD, Olfat y Rebecca Roberts, "Un campo, tres grupos de refugiados: retos para las ONG locales", *Revista Migraciones Forzadas*. Alicante, España, Universidad de Alicante, Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz, University of Oxford, Centro de Estudios sobre Refugiados, (57), febrero, 2018, pp. 7-9.
- MINIERI, Sofia, "Derecho a la educación inclusiva en la legislación y las políticas educativas. Algunas reflexiones", *Derecho Privado*. Argentina, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Dirección Nacional del Sistema Argentino de Información Jurídica, (10), marzo, 2015, pp. 191-204.
- MORENO MÁRQUEZ, Gorka y José Álvarez Román, "Evidencias empíricas sobre el retorno migratorio España-Ecuador. ¿Discurso, mito o realidad?", *Papeles de Población*. Toluca, UAEM, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, (91), enero-marzo, 2017, pp. 39-64.
- MURRIETA Y DE LA BENA DÁVILA, Fernando Raúl, "La declaración administrativa de nulidad de marca por el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial", *Revista de la Facultad de Derecho de México*. México, UNAM, Facultad de Derecho, 2(271), mayo-agosto, 2018, pp. 648-667.
- ORTA GARCÍA, María Elena, "Violencia psicológica y los derechos humanos de niños y niñas: un análisis objetivo", *Derechos Humanos México*. Revista del Centro Nacional de Derechos Humanos. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, (31), septiembre-diciembre, 2017, pp. 97-114.
- PARELLADA, Carlos A., "Sistema de responsabilidad por daños causados o sufridos por niños o adolescentes", *Derecho Privado*. Argentina, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Dirección Nacional del Sistema Argentino de Información Jurídica, (10), marzo, 2015, pp. 205-226.
- PÉREZ BELLO, Juan Ignacio, "El derecho a la educación inclusiva. Análisis de la jurisprudencia del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas", *Derecho Privado*. Argentina, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Dirección Nacional del Sistema Argentino de Información Jurídica, (10), marzo, 2015, pp. 227-252.
- PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco, "El potencial de la salud electrónica en Iberoamérica", *Revista de la Facultad de Derecho de México*. México, UNAM, Facultad de Derecho, 2(271), mayo-agosto, 2018, pp. 849-876.
- PLOTON, Vincent, "Le Rôle et le Potentiel des Mécanismes Nationaux d'Élaboration des Rapports et de Suivi dans la Protection des Défenseur-es des Droits Humains: Étude Comparative du cas de la Tunisie", *Revista de la Facultad de Derecho de México*. México, UNAM, Facultad de Derecho, 2(271), mayo-agosto, 2018, pp. 595-616.
- SIMPSON, Charles, "Competencia entre seguridad e imperativos humanitarios en la berma", *Revista Migraciones Forzadas*. Alicante, España, Universidad de Alicante, Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz, University of Oxford, Centro de Estudios sobre Refugiados, (57), febrero, 2018, pp. 15-18.
- SODINI, Daniela, "La educación en contexto de encierro. Algunas consideraciones a la luz de los derechos humanos", *Derecho Privado*. Argentina, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Dirección Nacional del Sistema Argentino de Información Jurídica, (10), marzo, 2015, pp. 261-273.
- VIDETTA, Carolina, "Responsabilidad parental y derecho a la educación de niños, niñas y adolescentes. Enfrentando el reto de prepararlos para una vida independiente en sociedad", *Derecho Privado*. Argentina, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Dirección Nacional del Sistema Argentino de Información Jurídica, (10), marzo, 2015, pp. 275-292.
- VIGNAL, Leïla, "Perspectivas sobre el retorno de los refugiados sirios", *Revista Migraciones Forzadas*. Alicante, España, Universidad de Alicante, Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz, University of Oxford, Centro de Estudios sobre Refugiados, (57), febrero, 2018, pp. 69-71.
- VOCOS CONESA, Juan Martín, "Revisión judicial de la actividad de la administración pública por vía de recurso en la República Argentina: ¿importa un control suficiente?", *Revista de la Facultad de Derecho de México*. México, UNAM, Facultad de Derecho, 2(271), mayo-agosto, 2018, pp. 517-542.

DISCOS COMPACTOS

ARTICLE 19, #Impunidad mata: la prensa ante la violencia y la impunidad. México, Article 19, 2013-2014, 1 DVD

CD / ART19 / 1 / 39115-16

MÉXICO. COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, *Música por los derechos de las niñas y los niños*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la familia, agosto, 2018, 1 CD-ROM

CD / CNDH / 90 / 39213-15

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO, *Estudio de armonización legislativa entre el sistema penitenciario mexicano y las normas internacionales*. [s.l.], Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, [s.a.], 1 CD (88 p.), (Sistema Penitenciario Mexicano)

CD / CNDH / 89 / 39129-31

OTROS MATERIALES

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

BOLAÑOS CEBALLOS, Fernando [y] Ricardo Soto Ramírez, *Un asunto de hombres: las masculinidades*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Cuarta Visitaduría General, Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres, julio, 2018, cuadriptico

AV / 4728 / 39186-88

MÉXICO. COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, *Código de Conducta para Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley*. 1a. ed., 16a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018, 14 p., [papel reciclado].

AV / 4714 / 39132-34

_____, *Código de Conducta para Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley*. 1a. ed., 16a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018, 14 p.

AV / 4724 / 39174-76

_____, *Conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión*. 1a. ed., 11a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018, 18 p.

AV / 4725 / 39177-79

_____, *Conoce tus derechos humanos en el nuevo sistema penal acusatorio*. 1a. ed., 1a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Secretaría Ejecutiva, 2018, 51 p.

AV / 4720 / 39162-64

_____, *Declaración sobre la Protección de Todas las Personas Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*. 1a. ed., 10a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018, 11 p., [papel reciclado].

AV / 4715 / 39135-37

_____, *Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso de Poder*. 1a. ed., 11a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018, 9 p., [papel reciclado].

AV / 4716 / 39138-40

_____, *Derecho humano a la salud de las mujeres. Salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Cuarta Visitaduría

General, Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres, julio, 2018, tríptico

AV / 4723 / 39171-73

_____, *Derechos de la población indígena jornalera*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Cuarta Visitaduría General, julio, 2018, tríptico

AV / 4721 / 39165-67

_____, *Derechos humanos de los pueblos indígenas en México*. 2a. ed., 2a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CENADEH, 2018, 23 p.

AV / 4718 / 39156-58

_____, *Derechos y deberes del paciente*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, julio, 2018, tríptico

AV / 4719 / 39159-61

_____, *Di no a la explotación laboral de niñas, niños y adolescentes*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, julio, 2018, tríptico

AV / 4733 / 39204-06

_____, *Fomentar la solidaridad entre las generaciones*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, julio, 2018, tríptico

AV / 4732 / 39201-03

_____, *Los principales derechos de las personas con discapacidad*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, 2018, 17 p.

AV / 4731 / 39198-200

_____, *Nos unimos por el respeto a los derechos humanos en la diversidad*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Programa de Salud, Sexualidad y VIH, julio, 2018, tarjeta

AV / 4730 / 39192-94

_____, *Principios básicos sobre el empleo de la fuerza y de armas de fuego por los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley*. 1a. ed., 15a. reimp., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018, 14 p.

AV / 4726 / 39180-82

- _____, *Semáforo de violencia*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres, julio, 2018, tarjeta
AV / 4717 / 39144-46
- _____, *Si hombres y mujeres tenemos los mismos derechos, ¿Por qué es necesario hablar de los derechos humanos de las mujeres?* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres, julio, 2018, díptico
AV / 4727 / 39183-85
- _____, *Violencia contra las mujeres: ¿qué hacer?* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Cuarta Visitaduría General, Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres, julio, 2018, tríptico
AV / 4722 / 39168-70
- _____, *Violencia sexual. Prevención y atención de las agresiones sexuales contra niñas, niños y adolescentes*. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Niñez y la Familia, agosto, 2018, cartilla
AV / 4734 / 39207-09
- _____, *¡Los derechos sexuales y derechos reproductivos son derechos humanos!* México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Primera Visitaduría General, Programa de Salud, Sexualidad y VIH, julio, 2018, tarjeta
AV / 4729 / 39189-91
- RED INTEGRA. RED DE INVESTIGACIÓN INTERDISCIPLINARIA SOBRE IDENTIDADES, RACISMO Y XENOFOBIA, *Combatiendo el racismo y la xenofobia en México*. México, Red Integra. Red de Investigación Interdisciplinaria sobre Identidades, Racismo y Xenofobia, [s.a.], tríptico
AV / 4713 / 39108

Para su consulta se encuentran disponibles en el
Centro de Documentación y Biblioteca de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos
Av. Río Magdalena núm. 108, col. Tizapán San Ángel, Álvaro Obregón,
C. P. 01090, Ciudad de México, tel. 54 81 98 81,
exts. 5271, 5118 y 5119



Presidente
Luis Raúl González Pérez

Consejo Consultivo

Mariclaire Acosta Urquidi
María Ampudia González
Alberto Manuel Athié Gallo
Michael William Chamberlin Ruiz
Angélica Cuéllar Vázquez
Mónica González Contró
David Kershenobich Stalnikowitz
Carmen Moreno Toscano
María Olga Noriega Sáenz
José de Jesús Orozco Henríquez

Primer Visitador General

Ismael Eslava Pérez

Segundo Visitador General

Enrique Guadarrama López

Tercera Visitadora General

Ruth Villanueva Castilleja

Cuarta Visitadora General

María Eréndira Cruzvillegas Fuentes

Quinto Visitador General

Edgar Corzo Sosa

Sexto Visitador General

Jorge Ulises Carmona Tinoco

Titular de la Oficina Especial para el "Caso Iguala"

José T. Larrieta Carrasco

Directora Ejecutiva del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura

Ninfa Delia Domínguez Leal

Secretaria Ejecutiva

Consuelo Olvera Treviño

Secretario Técnico del Consejo Consultivo

Joaquín Narro Lobo

Oficial Mayor

Raymunda G. Maldonado Vera

Directora General del Centro Nacional de Derechos Humanos

Julieta Morales Sánchez



2018