

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal



Violaciones al derecho a la vida por falta del deber de cuidado del Estado como garante de las personas privadas de libertad bajo su custodia

Recomendación 04/2018

Expedientes:

CDHDF/II/121/GAM/10/P3185 y otros¹

Autoridad responsable: Secretaría de Gobierno.

Víctimas

Víctima 1

Víctima 2

Víctima 3

¹CDHDF/II/121/IZTP/10/P3739, CDHDF/II/121/XOCH/11/P3599, CDHDF/II/121/XOCH/11/P3720 y su acumulado CDHDF/II/121/IZTP/11/P7332, CDHDF/II/122/GAM/12/P0178, CDHDF/II/122/IZTP/12/P4370, CDHDF/II/121/GAM/12/P6377, CDHDF/II/121/GAM/13/P1425, CDHDF/II/121/IZTP/13/P2934, CDHDF/II/121/XOCH/13/P3570, CDHDF/II/121/IZTP/14/P1995, CDHDF/II/121/IZTP/14/P2055, CDHDF/II/122/XOCH/14/P4461, CDHDF/II/122/IZTP/14/P6589, CDHDF/II/121/GAM/14/P6592, CDHDF/II/121/IZTP/15/P2115, CDHDF/II/122/XOCH/15/P2475, CDHDF/II/122/GAM/15/P4718, CDHDF/II/122/IZTP/15/P6044, CDHDF/II/121/XOCH/15/P6795, CDHDF/II/121/XOCH/15/P7341, CDHDF/II/121/IZTP/16/P4972 y CDHDF/II/121/XOCH/17/P3335.

Víctima 4
Víctima 5
Víctima 6
Víctima 7
Víctima 8
Víctima 9
Víctima 10
Víctima 11
Víctima 12
Víctima 13
Víctima 14
Víctima 15
Víctima 16
Víctima 17
Víctima 18
Víctima 19
Víctima 20
Víctima 21
Víctima 22
Víctima 23
Víctima 24

Índice de Derechos Humanos violados

VII.1 Derecho a la vida

VII.1.1 Omisiones del personal técnico de los centros de reclusión, en el cumplimiento de su deber reforzado de cuidado respecto de la vida de las personas privadas de la libertad bajo custodia del Estado

- a)** Falta de cuidado por parte del personal técnico en seguridad del centro de reclusión e infraestructura inadecuada que da lugar a suicidios
- b)** Falta de atención integral a personas con discapacidad psicosocial y con antecedentes de autolesiones y/o intentos previos de suicidio
- c)** Inadecuado control sobre el ingreso de objetos y sustancias prohibidas
- d)** Inadecuada atención a adicciones

Glosario.-

Deber de garante y de cuidado

El Estado es garante, en general, de quienes se hallan bajo su jurisdicción. El deber de garante y cuidado varía, en calidad e intensidad, conforme a las características del bien garantizado y de las personas titulares de ese bien, en situaciones de vulnerabilidad.²

En el caso de las personas privadas de libertad, el Estado se ubica en una posición de garante por la que asume deberes específicos y responsabilidades especiales, respecto sus derechos fundamentales, en particular, de los derechos a la vida y a la integridad personal.³

Derecho a la Reinserción Social

Es el conjunto de derechos y de criterios de justicia penitenciaria, cuyo contenido se definirá en la manera como se instrumenta cada tipo de sanción penal.⁴ De acuerdo con la Ley Nacional de Ejecución Penal, la reinserción social es la restitución del pleno ejercicio de las libertades tras el cumplimiento de una sanción o medida ejecutada y se organiza sobre la base del respeto a los derechos humanos, el trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte.⁵

El derecho a la reinserción social no concluye cuando la persona abandona la prisión, compurga una pena o cumple la sanción, sino que su satisfacción requiere que las personas recobren un sentido de vida digno una vez que hayan cumplido con las sanciones impuestas.⁶

² Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Voto razonado Juez Sergio García Ramírez. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149. párr. 8.

³ Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), "Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas", 2011.

⁴ Sarre, Miguel, Debido proceso y ejecución penal. Reforma constitucional del 2008, *Revista del Instituto de la Judicatura Federal*, número 31, 2011, p. 253

⁵ Ley Nacional de Ejecución Penal, artículos 4º y 72.

⁶ Constitución Política de la Ciudad de México, artículo 11, inciso I.

Personas privadas de la libertad

Son las personas sujetas a cualquier forma de detención, encarcelamiento, institucionalización, o custodia, por razones de asistencia humanitaria, tratamiento, tutela, protección, o por delitos e infracciones a la ley, ordenada por o bajo el control de facto de una autoridad judicial o administrativa o cualquier otra autoridad, ya sea en una institución pública o privada, en la cual no pueda disponer de su libertad ambulatoria⁷.

Las personas privadas de su libertad tendrán derecho a un trato humano, a vivir en condiciones de reclusión adecuadas que favorezcan su reinserción social y familiar, a la seguridad, al respeto de su integridad física y mental, a una vida libre de violencia, a no ser torturadas ni Víctimas de tratos crueles, inhumanos o degradantes y a tener contacto con su familia.⁸

⁷ CIDH. Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. Adoptados por la Comisión durante el 131º período ordinario de sesiones, celebrado del 3 al 14 de marzo de 2008.

⁸ Constitución Política de la Ciudad de México, artículo 11, inciso I.

Proemio y autoridades responsables.

En la Ciudad de México, a los 14 de agosto de 2018, una vez concluida la investigación de los hechos que motivaron los expedientes de queja citados al rubro, la Segunda Visitaduría General de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, elaboró el proyecto de Recomendación que fue aprobado por la suscrita, con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (en adelante, CPEUM o Constitución) 2º, 5º, 6º, 17, fracciones II y IV, 22, fracciones IX y XVI, 24, fracción IV, 46, 47, 48 y 52, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal; 136 al 142, del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, y que constituye la Recomendación 04/2018 dirigida a la siguiente autoridad:

Secretario de Gobierno de la Ciudad de México, Licenciado Guillermo Orozco Loreto, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 12 fracción VIII y 87 párrafo primero del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal; 2º, 15 fracción I; 16 y 23 fracción XII de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal; 7º fracción I, inciso B), del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal; así como 11 fracciones I y II de la Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal.

Confidencialidad de datos personales de las personas agraviadas y de las peticionarias

De conformidad con los artículos 6º, apartado A, fracción II, y 16, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 5, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal; la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados de la Ciudad de México; 2, 6, fracciones XII, XXII y XXIII, 183, fracción I, 186 y 191 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México; y, 80, del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en la presente Recomendación se informó a las personas peticionarias y agraviadas que sus datos permanecerán confidenciales, salvo solicitud expresa para que la información se publique.

I. Competencia de la CDHDF para la investigación de los hechos

1. Los mecanismos ombudsperson como esta Comisión, son garantías cuasi jurisdiccionales. Su competencia está determinada en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Así, este organismo público forma parte del conjunto institucional del Estado mexicano de promoción y protección de los derechos humanos de los habitantes de esta ciudad.
2. Por lo que, con fundamento en el apartado B, del artículo 102, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2, 3 y 17, fracción II, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal⁹, y 11, de su Reglamento Interno;¹⁰ así como en la resolución A/RES/48/134, de 20 de diciembre de 1993, de los denominados Principios de París¹¹, este Organismo tiene competencia:
3. En razón de la materia —*ratione materiae*—, al considerar que los hechos denunciados podrían constituir presuntas violaciones al derecho a la vida.
4. En razón de la persona —*ratione personae*—, ya que los hechos denunciados se atribuyen a autoridades y servidores públicos de la Ciudad de México, adscritos a la Subsecretaría de Sistema Penitenciario dependiente de la Secretaría de Gobierno de la Ciudad de México.
5. En razón del lugar —*ratione loci*—, porque los hechos ocurren en el territorio de la Ciudad de México.

⁹ El artículo 2 establece como objeto de la CDHDF, la protección, defensa, vigilancia, promoción, estudio, educación y difusión de los derechos humanos, establecidos en el orden jurídico mexicano y en los instrumentos internacionales de derechos humanos, así como el combate a toda forma de discriminación y exclusión, consecuencia de un acto de autoridad a cualquier persona o grupo social. El artículo 3 dispone que el organismo será “competente para conocer de quejas y denuncias por presuntas violaciones a los derechos humanos, cuando éstas fueren imputadas a cualquier autoridad o servidor público que desempeñe un empleo, cargo o comisión local en el Distrito Federal o en los órganos de procuración o de impartición de justicia cuya competencia se circunscriba al Distrito Federal.”

¹⁰ De acuerdo con el cual: “[l]a Comisión conocerá de actos u omisiones de naturaleza administrativa que constituyan presuntas violaciones a derechos humanos, provenientes de cualquier autoridad o servidor (a) público (a) [del Distrito Federal]”.

¹¹ Principios relativos al estatuto y funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos (Principios de París), que establece como responsabilidad de los organismos nacionales de protección de derechos humanos la promoción y defensa de los derechos de las personas de acuerdo con el derecho internacional de la materia (Apartado A, punto 3, inciso b).

6. En razón de tiempo —*ratione temporis*—, en virtud de que los hechos se dieron a conocer entre el 2010 y 2017, tiempo en la que esta CDHDF ya tenía competencia para iniciar las investigaciones que concluyen con la presente Recomendación 04/2018; adicionalmente las consecuencias de los hechos presuntamente violatorios de derechos humanos materia de esta investigación continúan a la fecha.

II. Procedimiento de investigación

7. Esta Comisión tuvo conocimiento de los hechos materia de este Instrumento mediante las quejas formuladas por las personas peticionarias, así como por notas periodísticas. En este sentido, de los veinticuatro casos investigados, 7 iniciaron a petición de parte y 17 de oficio.
8. En virtud del deber reforzado de garante de las autoridades penitenciarias en relación con los derechos de las personas privadas de libertad, esta Comisión realizó más de 200 acciones de investigación para los 24 casos que se incluyen en esta Recomendación.
9. En todos los casos se enviaron solicitudes de información a fin de que las y los funcionarios responsables de cada centro de reclusión, rindieran un informe sobre las circunstancias en las cuales las Víctimas perdieron la vida.
10. Asimismo, se enviaron más de 30 solicitudes de información a la Secretaría de Salud, con la finalidad de que se remitiera a esta Comisión documentación relacionada con la atención médica proporcionada a las Víctimas, así como las notas de defunción que permitieran, en concatenación con otras evidencias, dar cuenta de su estado de salud físico y emocional al momento de su fallecimiento.
11. Además, se solicitó en el total de los casos al Instituto de Ciencias Forenses del Tribunal Superior de Justicia el envío del protocolo de necropsia, acompañado de su ampliación y el registro fotográfico y videográfico de dicho dictamen, en aras de contar con información sobre la causa del deceso.
12. También se requirió a la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México, la remisión de información sobre la integración y determinación de las

averiguaciones previas y carpetas de investigación vinculadas con los hechos investigados por este Organismo.

13. Como parte de las acciones de investigación, esta Comisión realizó también más de 45 entrevistas con personas servidoras públicas, con personas privadas de libertad testigos de los hechos, así como con familiares de las Víctimas.
14. Como apoyo a la documentación de los expedientes, personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de la Dirección General de Quejas y Orientación, realizó informes sobre cada uno de los casos, a fin de determinar el mecanismo de muerte de las Víctimas, así como entrevistas con familiares de éstas y valoraciones de impacto psicosocial.

III. Evidencias

15. Durante el proceso de investigación, la CDHDF recabó las evidencias que dan sustento a la presente Recomendación y que se encuentran detalladas en el anexo que forma parte integrante de la misma.

Justificación del contexto¹²

16. Conocer los contextos históricos, sociales y políticos, así como las circunstancias específicas en que ocurrieron los hechos violatorios de derechos humanos han permitido a tribunales internacionales¹³ caracterizarlos como parte de un patrón de violaciones, ubicarlos como una práctica tolerada por el Estado o documentarlos

¹² Véase. Recomendación 01/2018, párr. 14-18 en los que se desarrollan con mayor amplitud la Justificación del contexto.

¹³ Corte IDH, *Caso Osorio Rivera y familiares vs. Perú, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia de 26 de noviembre de 2013, Serie C, núm. 274, párr. 145; *Caso Defensor de de Derechos Humanos y otros Vs. Guatemala DDHH y otros vs. Argentina, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia de 28 de agosto de 2014, Serie C, núm. 283, párr. 73, y *Caso Espinoza Gonzáles vs. Perú, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia del 20 de noviembre de 2014, Serie C, núm. 289, párr. 49. Cfr. Corte IDH, *Caso Osorio Rivera y familiares vs. Perú, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia de 26 de noviembre de 2013, Serie C No. 274, párr. 145; *Caso Defensor de DDHH y otros vs. Argentina, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia de 28 de agosto de 2014, Serie C No. 283, párr. 73, y *Caso Espinoza Gonzáles vs. Perú, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia del 20 de noviembre de 2014, Serie C No. 289, párr. 49.

como parte de ataques generalizados y/o sistemáticos hacia algún sector de la población¹⁴.

17. Esta Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, siguiendo la línea trazada por la Corte IDH, ha incorporado el análisis de contexto como una herramienta para la emisión de sus instrumentos. Mediante esta metodología se busca aportar mayores elementos que permitan la documentación de violaciones a derechos humanos no como hechos aislados y particulares, sino como problemas complejos, estructurales y que requieren de una atención integral.
18. Acorde a la Ley y Reglamento de la CDHDF, los elementos y pruebas que devienen de la investigación se valorarán en conjunto de conformidad con la lógica, la experiencia, la legalidad, y la sana crítica con la finalidad de producir convicción respecto de los hechos reclamados como constitutivos de violaciones a derechos humanos¹⁵.

IV. Contexto

19. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es un problema de salud pública de escala mundial que no obstante es prevenible, llega a niveles de tragedia¹⁶: cada año se suicidan más de 800 000 personas, lo que

¹⁴ Corte IDH, *Caso Espinoza Gonzáles vs. Perú*, Op. cit., *Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia del 20 de noviembre de 2014, Serie C, núm. 289, párr. 49; *Caso López Lone y otros Vs. Honduras, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia de 5 de octubre de 2015, Serie C, núm. 302, párr. 43, y *Caso Velásquez Paiz y otros Vs. Guatemala, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia de 19 de noviembre de 2015, Serie C, núm. 307, párr. 43. Cfr. Corte IDH, *Caso Espinoza Gonzáles vs. Perú*, *Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia del 20 de noviembre de 2014, Serie C No. 289, párr. 49; *Caso López Lone y otros Vs. Honduras, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia de 5 de octubre de 2015, Serie C No. 302, párr. 43, y *Caso Velásquez Paiz y otros Vs. Guatemala, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia de 19 de noviembre de 2015, Serie C No. 307, párr. 43.

¹⁵ Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Ciudad de México, artículo 43 y Reglamento de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Ciudad de México, artículo 120.

¹⁶ Organización Mundial de la Salud, "Prevención del suicidio: un imperativo global", 2014, p. 02. En http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=A0C0C3BD00A395E6DBE6BD347EFC012A?sequence=1 (visitada el 4 de julio de 2018).

equivale a una muerte cada 40 segundos¹⁷ y un intento de suicidio cada tres minutos.¹⁸

20. Como sucede con otros problemas sociales que se dan en contextos de desigualdad estructural, el suicidio repercute en las poblaciones más vulnerables del mundo: grupos marginados y discriminados de la sociedad con escaso o limitado acceso a los servicios de salud.¹⁹
21. Las personas privadas de libertad son consideradas “como uno de los grupos de alto riesgo de cometer actos de suicidio; es decir son una población de especial preocupación por cuanto el índice de suicidios registrados sobrepasa el promedio”²⁰ y es, con frecuencia, la causa más común de muerte²¹ en este grupo de personas.
22. En los centros penitenciarios se presentan una serie de factores que generan un alto riesgo suicida en las personas que están privadas de libertad en ellos. Estos factores pueden ser personales, como vivir con discapacidad psicosocial, consumo de sustancias psicoactivas, antecedentes familiares de suicidio, sentimientos de culpabilidad o vergüenza; factores relacionados con la situación procesal de la persona privada de libertad como el ingreso al centro penitenciario, el momento de la sentencia, la espera de una decisión judicial; factores externos a la persona privada de libertad como discriminación, abuso físico, psíquico o sexual, rechazo por su entorno social de origen o familia, situaciones de duelo; y factores que son estructurales en los sistemas penitenciarios como la sobrepoblación y el hacinamiento, carencia de una estancia digna, aislamiento o incomunicación, falta de personal de seguridad y custodia, falta de actividades productivas²².

¹⁷ Guillermo Cárdenas. Suicidio: jóvenes en riesgo. ¿Cómo ves? Revista de Divulgación de la Ciencia de la UNAM, número 226, septiembre de 2017. En: <http://www.comoves.unam.mx/numeros/articulo/226/suicidio-jovenes-en-riesgo>

¹⁸ Organización Mundial de la Salud, “Suicidio”, En: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (visitada el 4 de junio de 2018).

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud y OMS, “Prevención del suicidio: un imperativo global”, pág. 3 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=B64DC25F032A1ED6275A9B3B0963A984?sequence=1 (visitada el 5 de junio de 2018).

²⁰ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas”, 2011, p. 121. <https://www.oas.org/es/cidh/ppl/docs/pdf/ppl2011esp.pdf> (visitada el 1 de julio de 2018).

²¹ Organización Mundial de la Salud (OMS), “Prevención del Suicidio en Cárceles y Prisiones”, *op.cit.*, p. 6.

²² *Ibidem* p. 15.

23. A estos factores, debe sumarse el impacto emocional que produce la privación de la libertad; el estrés diario o miedo con el que se vive dentro de los centros penitenciarios; la falta de atención médica o psicológica especializada²³; una ruptura en su ritmo y estilo de vida habitual, así como el alejamiento de su red social, rutinas vitales, laborales y de ocio²⁴. Todos estos elementos hacen de la privación de la libertad uno de los eventos más traumáticos que puede experimentar un ser humano.
24. En este aspecto es importante considerar, en atención a los impactos diferenciados que deben tomarse en cuenta para comprender las afectaciones a ciertos grupos sociales, que esta situación se agrava en el caso de mujeres ya que se estima que el 70% de la población femenil que se encuentra privada de libertad ha sido abandonada²⁵. Este abandono se deriva de una serie de prejuicios respecto a los roles de género que terminan por estigmatizar a las mujeres, lo que abona en situaciones de depresión, culpa o vergüenza.
25. Las características de la privación de la libertad, aunadas a los factores de riesgo mencionados, coadyuvan a la generación de un espacio propicio para la privación de la vida por medio de actos suicidas. Los centros penitenciarios son entornos en “donde aplica particularmente la noción de que el que comete intentos de autoeliminación o suicidio no necesariamente quiere morir sino dejar de vivir así”²⁶.
26. El Estado es el garante de todos los derechos que no quedan restringidos por la privación de la libertad lo que implica una serie de obligaciones de cuidado. El suicidio en los centros penitenciarios es resultado de una secuencia de omisiones en el cumplimiento de esas obligaciones.²⁷
27. Cuando el Estado priva de la libertad a una persona y la recluye en un centro penitenciario se ejerce un *control total* sobre la persona: “lo introduce en una

²³ Levcovitz E, Fernández Galeano M, Rodríguez Bruño R, Benia W, coord. *Protocolo de Atención a la Conducta Suicida y al riesgo de autoeliminación en centros de privación de la libertad*. Montevideo: OPP, 2016, p. 9.

²⁴ *Ibidem* p. 14.

²⁵ María Bacilio, *Mujeres en reclusión, Víctimas de la exclusión social y familiar*, Proceso, 19 de mayo de 2018 <https://www.proceso.com.mx/534963/mujeres-en-reclusion-victimas-de-la-exclusion-social-y-familiar> (Vistado el 24 de julio de 2018)

²⁶ *Ibidem*, p. 9

²⁷ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas”, 2011, p. 122. <<https://www.oas.org/es/cidh/ppl/docs/pdf/ppl2011esp.pdf>> (visitada el 1 de julio de 2018).

‘institución total’, en el cual los diversos aspectos de la vida se someten a una regulación fija, y se produce un alejamiento del entorno natural y social, un control absoluto, una pérdida de la intimidad, una limitación del espacio vital y, sobre todo, una radical disminución de las posibilidades de autoprotección. Todo ello hace que el acto de reclusión implique un compromiso específico y material de proteger la dignidad humana de la persona privada de libertad mientras esté bajo su custodia, lo que incluye su protección frente a las posibles circunstancias que puedan poner en peligro su vida, salud e integridad personal, entre otros derechos”.²⁸

28. El deber que tiene la autoridad penitenciaria con las personas que están bajo su custodia consiste tanto en adoptar todas las medidas necesarias para evitar acciones u omisiones que les originen daños, como en mantenerlas en condiciones de dignidad y seguridad, ya sea para evitar agresiones de personas ajenas o bien autolesiones, como el suicidio.
29. En este sentido, es fundamental notar la importancia del personal penitenciario que tiene a su cargo la dirección, custodia, tratamiento y vigilancia de las personas privadas de libertad –esto incluye a los cuerpos técnicos de seguridad y al personal de apoyo como el médico, de trabajo social, psicología, psiquiátrico, jurídico, entre otros- para mantener la disciplina y evitar situaciones de emergencia y lograr una verdadera reinserción, de acuerdo con los *Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas*.
30. La ejecución de sanciones privativas y medidas restrictivas de la libertad debe considerar a las personas internas como parte de la organización y disciplina del propio centro y realizarse conforme a un enfoque de derechos humanos. Cuando los centros penitenciarios dejan de lado este enfoque de derechos humanos y la persona privada de la libertad sufre un daño en su vida o integridad se genera el nexo causal que nos permite establecer la responsabilidad objetiva que deriva del inadecuado funcionamiento del centro penitenciario y el daño sufrido por las Víctimas de suicidio²⁹.
31. El daño generado con el suicidio, no solo se refiere al sufrido por la Víctima directa, como es el cortar el proyecto de vida sino que se amplía a las personas

²⁸ *Ibidem*, p. 19

²⁹ Javier Nistal. Las muertes por suicidio en prisión. La responsabilidad directa de la administración penitenciaria. Diario La Ley, Nº 7139, Sección Tribuna, del 20 al 22 Mar. 2009, Año XXX, Editorial LA LEY. España, p.4-5.

que mantenían una relación afectuosa con ella, como su familia, además de la población penitenciaria y el personal de los propios centros.

32. En la Ciudad de México³⁰, entre 2012 y 2016 se registraron un total de 48 suicidios en los centros penitenciarios: 15 ocurrieron en el Reclusorio Norte; 10 en el Reclusorio Oriente; 6 en el Reclusorio Sur; 6 en la Penitenciaría de la Ciudad de México; 5 en el Centro de Readaptación Social de Santa Martha Acatitla; 1 en el Centro Varonil de Readaptación Psicosocial; 3 en el Centro Femenil de Santa Martha y 2 en Tepepan.³¹
33. En la presente Recomendación se documentaron casos de personas que se quitaron la vida estando bajo la custodia de las autoridades penitenciarias de la Ciudad de México: algunos de ellos corresponden a mujeres que oscilaban entre los 22 y los 39 años de edad, madres todas ellas, dentro de las cuales en la mayoría se comprobó su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, así como la existencia de Víctimas con discapacidad psicosocial.
34. Otros de los casos investigados corresponden a suicidios cometidos por hombres que oscilaban entre los 19 y los 41 años, se encontraron en la mayoría de los casos factores comunes como la dependencia a sustancias psicoactivas y alcohol, en algunos otros aunado a su discapacidad psicosocial y a enfermedades como VIH Sida.
35. En razón del contexto antes descrito, se da cuenta de que los suicidios en los centros penitenciarios son una secuencia de omisiones de cumplimiento de obligaciones en su papel de garante de la vida, salud e integridad de las personas privadas de libertad por parte de las autoridades penitenciarias de la Ciudad de México derivado de falta de capacidad material y de recursos para desarrollar acciones tendientes a la disminución de riesgos y la prevención del suicidio.

³⁰ Por lo que hace a la Ciudad de México, la comunidad penitenciaria registra un total de 27,245 personas, de las cuales 25,832 son hombres y 1,413 mujeres, al momento de emisión de este instrumento recomendatorio. Sin embargo, es importante señalar del 2010 al 2015, años en los cuales ocurrieron la mayoría de los suicidios objeto de este instrumento recomendatorio, la población penitenciaria de la Ciudad de México se mantuvo aproximadamente entre las 40,000 personas.

³¹ El Universal, “En 4 años, se suicidan 48 en cárceles de la capital” en Metrópoli, <<http://www.eluniversal.com.mx/articulo/metropoli/cdmx/2016/09/12/en-4-anos-se-suicidan-48-en-carceles-de-la-capital>>, (visitada el 4 de junio de 2018)

36. Esta secuencia de omisiones en el cumplimiento de sus obligaciones puede devenir de que no se hayan adoptado todas las medidas adecuadas e integrales para evitar el suicidio, ya sea por el desconocimiento del estado de salud mental de la persona interna, por la falta de control y vigilancia para evitar la distribución y consumo de drogas, o por atención deficiente a otros aspectos como la infraestructura de los centros.
37. La autoridad penitenciaria es garante tanto de los bienes jurídicos tutelados de la persona privada de libertad y responsable de los peligros que atenten contra éstas, “ello obliga a ésta a mantener un compromiso específico y material de protección del recluso frente a agresiones contra su vida, integridad física, libertad, patrimonio, etc.”³²

V. Relatoría de hechos

Caso 1, expediente: CDHDF/III/122/XOCH/11/P7332

Víctima 1

Víctima Indirecta 1, Víctima indirecta 2, Víctima indirecta 3 y Víctima indirecta 4

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

38. La Víctima 1 era una mujer de 39 años de edad que vivía con VIH y Hepatitis, se encontraba privada de la libertad al interior del Centro de Readaptación Social Santa Martha Acatitla (CFRSSMA), desde el 23 de noviembre de 2011, en prisión preventiva. El 9 de diciembre de 2011, la Víctima 1 se quitó la vida.
39. Previo a su muerte, la Víctima 1 tuvo dos intentos de suicidio; el primero, el 4 de diciembre de 2011, al interior de su estancia, derivado de la negativa del Consejo Técnico respecto del cambio de dormitorio de su pareja sentimental, sin que conste que haya recibido atención integral y seguimiento por parte del personal del centro. El segundo ocurrió el 9 de diciembre de 2011, previo a concretar su suicidio.
40. El 9 de diciembre de 2011, a las 11:10 horas, personal de la Unidad Médica identificó que la Víctima 1 se encontraba ansiosa y bajo el efecto del consumo de “chocho”, con una crisis de ansiedad. Aproximadamente a las 12:50 horas, la Víctima 1 fue trasladada al Juzgado 68° para la celebración de la audiencia de

³² Javier Nistal. Op. cit, p.4-5.

desahogo de pruebas, en la cual se mostró alterada, agresiva y se negó al careo con la parte ofendida. Al término de la audiencia, la Víctima 1 solicitó acudir a la unidad médica por sentirse muy mal, y a las 13:30 horas, volvió a ser trasladada a la Unidad Médica, en donde se le observó ansiosa, aún bajo efectos de estupefaciente, refiriendo la Víctima 1 que requería de múltiples medicamentos, sin justificación alguna.

41. Posterior a ello, personal de seguridad y custodia cambió a la Víctima 1 del dormitorio E, estancia 111, donde se encontraba ubicada, al dormitorio I (Módulo de Conductas Especiales), estancia 21, como medida precautoria, en tanto resolvía el Consejo Técnico Interdisciplinario por un supuesto robo. En el dormitorio I se encontraban en servicio durante la guardia del 9 al 10 de diciembre de 2011, las técnicas en seguridad, Lourdes López Villanueva, Margarita González Huertas, Lorena López González y María del Carmen Medina Arreola.
42. Al interior de la estancia 21, la Víctima 1 continuó consumiendo sustancias tóxicas y nuevamente intentó suicidarse. En respuesta, el personal de seguridad y custodia únicamente cambió de estancia a la otra mujer privada de la libertad que se encontraba con la Víctima.
43. Otra mujer privada de la libertad refirió que observó a la Víctima 1 muy alterada, desesperada e intoxicada, y escuchó que estaba pidiendo más droga y que advirtió a las custodias que si la encerraban se iba a matar, pues se sentía muy mal por no tener más droga. Más tarde, el mismo 9 de diciembre de 2011, Margarita González Huertas, técnica en seguridad, se encontraba realizando el rondín, y no recibió respuesta al llamar a la Víctima 1. La técnica se percató de la presencia de un bulto cerca de los barrotes de la ventana de la estancia, como si la Víctima 1 se encontrara hincada en la cama recargada en la pared, por lo que se trasladó al área de control 13, con la finalidad de solicitar las llaves de la estancia 21 a Lourdes López Villanueva, técnica en seguridad. Ésta última le informó que no traía las llaves, por lo que a las 18:50 horas, vía radio, se solicitó al rondín que se presentara en el área de dormitorio I, por no haberse encontrado las llaves del mismo. De los hechos informaron a las licenciadas Laura Talamantes García, Directora del CFRSSMA, Beatriz Ortiz Espinoza, Subdirectora Jurídica y Magali Morales Bonilla, Subdirectora Técnica, acudiendo estas dos últimas al lugar de los hechos.

44. También llegaron Rosa María Morales Trujano y Patricia Romero Hernández, Jefas de U.D. de Seguridad, así como Alicia Acosta Sandoval, Encargada como Inspectora de Seguridad, quienes fueron informadas por la técnica Lourdes López Villanueva que las llaves las tenía María del Carmen Medina Arriola, técnica en seguridad también en servicio en el dormitorio I, quien no se encontraba en el lugar, por lo que Elizabeth Camacho Segura, personal en servicio del área de radiocomunicaciones, informó a todas las áreas que se requería a la brevedad la presencia de María del Carmen Medina Arreola en el dormitorio I con la llave de la estancia 21. Al no presentarse la técnica, solicitaron a servicios generales su presencia en el dormitorio para abrir la puerta, por lo que arribó a la estancia personal de seguridad con pinzas para cortar lámina y una barreta, así como personal de servicios generales, y entre 20 a 30 minutos después del hallazgo, consiguieron abrir el acceso a la estancia. Personal paramédico constató que la Víctima 1 ya no presentaba signos vitales. Hasta las 19:35 horas pudieron acceder Jesús Pérez y Norma Leticia Estrada Reyes, médicas adscritas a la Unidad Médica del CFRSSMA, quienes encontraron a la Víctima 1 boca abajo, hincada sobre su camarote, junto a la pared con una ventana con barrotes, con una cuerda hecha de cobija atada al cuello, sin signos vitales, por lo que a las 19:35 horas declararon el fallecimiento de la Víctima 1.
45. A las 22:00 horas, el perito en Criminalística de Campo, adscrito a la Coordinación de Servicios Periciales de la PGJ, estableció que las lesiones que presentaba la Víctima 1 habían sido generadas por una maniobra de ahorcamiento sin características de defensa o lucha; también señaló que los barrotes de la ventana contaban con cualidades idóneas para ser utilizados para maniobras de ahorcamiento en suspensión incompleta y que la posición atípica que presentaba el cadáver pudo ser por el corte o desanudado de la cuerda.
46. A su vez, en el dictamen de necropsia de 10 de diciembre de 2011, realizado por peritos médicos forenses adscritos al Servicio Médico Forense del entonces Distrito Federal, se determinó que la Víctima 1 había fallecido por asfixia por ahorcamiento, mientras se encontraba intoxicada por cocaína y marihuana. Cabe resaltar que, desde su ingreso, las autoridades del CFRSSMA tenían conocimiento de la dependencia de la Víctima 1 a sustancias tóxicas, ya que incluso el 25 de noviembre de 2011, la médico de guardia en la unidad médica certificó que le encontró datos de intoxicación de cannabis, sin que prescribiera o indicara algún tratamiento al respecto.

47. Finalmente, el personal adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de la CDHDF, concluyó que, de acuerdo a las lesiones que presentaba la Víctima 1 al momento de su muerte, así como la disposición del camarote y ubicación de la ventana, era posible determinar que la muerte de la Víctima 1 es de etiología suicida.
48. El 9 de diciembre de 2011 a las 21:25 horas, el Agente del Ministerio Público adscrito a la Coordinación Territorial IZP-10 de la Fiscalía Desconcentrada de Investigación en Iztapalapa de la PGJ, inició averiguación previa, por “el delito de homicidio por ahorcamiento” (sic). El 20 de marzo de 2012, la Agente del Ministerio Público en IZP-10 propuso el No Ejercicio de la Acción Penal, al considerar la ausencia de conducta delictiva por tercera persona, por lo que la indagatoria fue enviada al archivo de concentración de la PGJ.
49. El 14 de octubre de 2013, María del Carmen Medina Arreola, técnica en seguridad y custodia en servicio en el dormitorio I, quien tenía las llaves de la estancia donde falleció la Víctima 1, fue auditada en la sesión ordinaria 50/2011 del Consejo Técnico Interdisciplinario del CFRSSMA, donde el pleno por unanimidad de votos, determinó que se pusiera a disposición de la Dirección Ejecutiva de Seguridad Penitenciaria. Derivado de lo anterior, el 15 de agosto de 2013, María del Carmen Medina Arreola fue cambiada a otro Centro de reclusión.
50. La Víctima 1 era hija de la Víctima indirecta 4 y, al momento de perder la vida, tenía 3 hijos, Víctima indirecta 1 de 21 años, Víctima indirecta 2 de 19 años y Víctima indirecta 3 de 14 años, quienes la visitaban en el Centro de Reclusión. Aunado a lo anterior, la Víctima directa 1 contribuía al sostenimiento económico tanto de su madre como de sus hijos.

Caso 2, expediente: CDHDF/II/121/XOCH/14/P4461

Víctima 2

Víctimas indirectas 5 (hijo) y 6 (hijo).

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

51. La Víctima 2 era una mujer de 22 años de edad, con discapacidad psicosocial, que se encontraba privada de la libertad en el Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan (CFRST), desde el 1 de marzo de 2011, cumpliendo una medida de

seguridad de 7 años, 6 meses de tratamiento psiquiátrico en internamiento. Antes de ingresar al centro femenino, estuvo al menos 2 meses en situación de calle. El 27 de junio de 2014 se quitó la vida.

52. La Víctima 2 se encontraba ubicada en el dormitorio 6, área de uso común para las mujeres privadas de la libertad consideradas por la autoridad como “psiquiátricas funcionales”. Al respecto, el 3 de marzo de 2011, personal psiquiátrico del Hospital General Torre Médica Tepepan diagnosticó a la Víctima 2 con trastorno psicótico depresivo VS trastorno delirante y alucinatorio agudo. Asimismo, en el servicio de psicología se identificó su dependencia crónica a sustancias tóxicas, así como síntomas depresivos, fuertes sentimientos de soledad y vacío. Desde entonces inició tratamiento psiquiátrico y seguimiento médico mensual en psiquiatría.
53. El 13 de marzo de 2011 y el 21 de abril de 2011, la Víctima 2 intentó suicidarse con una cinta hecha de cobija atándola alrededor del cuello, a partir de lo anterior, fue diagnosticada con trastorno depresivo mayor y trastorno delirante secundario a tóxicos, recibió tratamiento psiquiátrico y se recomendó vigilancia estrecha. En mayo de 2011, fue diagnosticada con esquizofrenia paranoide y continuó tratamiento psiquiátrico, así como con manejo de medicina general por enfermedades agudas transitorias propias de intoxicaciones por abuso de sustancias. El 21 de noviembre de 2011, fue nuevamente valorada por psiquiatría, donde identificaron que mantenía pensamientos de abandono y sensación de soledad.
54. En agosto de 2012, fue diagnosticada con trastorno orgánico de la personalidad, concomitante con trastorno delirante, el que se exacerbaba con el consumo de sustancias. El 22 de octubre de 2012, tuvo otro intento de suicidio, tras la ingesta de múltiples tabletas, además se identificó su deficiente apego al tratamiento y su consumo crónico de sustancias tóxicas.
55. A pesar de los intentos de suicidio, el 28 de noviembre de 2012, la Víctima 2 fue sancionada por el Consejo Técnico con 8 días de aislamiento. El 8 de julio de 2013, la Víctima ingresó al Programa de atención en conducta adictiva, el cual concluyó pero recayó, por lo que el 23 de junio de 2014, la responsable del programa sugirió la reintegración de la Víctima 2.

56. El 6 de agosto de 2013, personal de psiquiatría determinó que la Víctima 2 cursaba periodos de exacerbaciones y remisiones de la esquizofrenia paranoide. En enero de 2014, fue hospitalizada por sintomatología respiratoria y en febrero de 2014, fue diagnosticada con tuberculosis y egresó de hospitalización en marzo de 2014. Posteriormente, el 26 de abril de 2014, la Víctima 2 fue valorada por el servicio de psiquiatría, donde reportó signos de ansiedad y estrés. Nuevamente, el 20 de junio de 2014 fue valorada por el servicio de psicología, donde se observó que se debía vigilar su estado psicoemocional y psiquiátrico, sugiriendo como tratamiento apoyo psicológico constante y prevenir recaída en consumo de sustancias.
57. El día del hecho, 27 de junio de 2014, las técnicas en seguridad Nora Valdez del Ángel y María Columba Cuevas Grande, se encontraban de servicio en los dormitorios 3 y 6, sin que hubiera guardia nocturna específica para el último dormitorio mencionado. Aproximadamente a las 00:25 horas, una mujer privada de la libertad del dormitorio 6 gritó que alguien se había colgado. Acudieron al dormitorio referido las dos técnicas en servicio, encontraron a varias mujeres privadas de la libertad en el baño y a la Víctima 2 tirada en el piso del baño, pues otra mujer privada de la libertad la había descolgado. Al lado del cuerpo de la Víctima 2 se encontraba una nota póstuma que refería “me estoy muriendo en vida [...] me doy por vencida [...]”.
58. Las técnicas dieron aviso vía radio a personal del Centro y acudieron al lugar la Subjefa de grupo, la encargada de Servicio de Apoyo y la Líder Coordinadora de Proyectos A. A las 0:30 horas, el personal de custodia trasladó a la Víctima 2 al servicio de Urgencias de la Torre Médica Tepepan, a donde arribó inconsciente, hipotérmica y sin signos vitales, con huella de cuerda en el cuello. En el servicio de urgencias practicaron maniobras de RCP por treinta minutos sin obtener respuesta favorable, por lo que la Víctima 2 fue declarada muerta a las 1:05 horas del 27 de junio de 2014.
59. El 27 de junio de 2014, en la Coordinación Territorial TLP-3 de la Fiscalía Desconcentrada en Tlalpan de la PGJ, se inició averiguación previa, por el delito de homicidio - homicidio culposo por otras causas. El 21 de julio de 2014, el agente del Ministerio Público en TLP-3, propuso acuerdo de reserva, por no existir dato alguno que indicara la comisión de un ilícito.

60. El 28 de junio de 2014, los peritos médicos forenses del INCIFO concluyeron en el dictamen de necropsia que la Víctima 2 falleció de asfixia por ahorcamiento, lo cual fue reiterado por el personal médico de la CDHDF. A su vez, el perito en criminalística de campo, adscrito a la PGJ, concluyó que el hecho consistió en una ahorcadura por suspensión.
61. La Víctima 2 era madre de Víctima indirecta 5 (hijo) de tres años de edad y Víctima indirecta 6 (hija) de seis años de edad, quienes al momento de su deceso se encontraban a cargo de un familiar; no obstante, acudían a visitarla y mantenían comunicación telefónica. Por su situación, la Víctima 2 no podía hacerse cargo de su manutención, sin embargo, trabajaba o elaboraba artesanía que vendía para poder enviarles algún apoyo.

Caso 3, expediente CDHDF/II/122/IZTP/14/P6589

Víctima 3

Víctima indirecta 7 (Hijo)

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

62. La Víctima 3 era una mujer de 26 años que se encontraba privada de la libertad en el CFRSSMA, desde el 20 de julio de 2014, cumpliendo una pena de prisión. El 15 de octubre de 2014, la Víctima 3 se quitó la vida.
63. El 8 de agosto de 2014, la Víctima 3 fue valorada e invitada a formar parte del programa de tratamiento ambulatorio contra las adicciones. Posteriormente, el 11 de agosto de ese mismo año, la Víctima 3 hizo saber a la Trabajadora Social, adscrita al CFRSSMA, su intención de no recaer en el consumo de drogas. El 28 de agosto de 2014, el Consejo Técnico Interdisciplinario determinó su posible canalización al Programa de Recuperación para Internas con Problemas de Adicciones del Centro de Reclusión, así como su incorporación a las actividades laborales y productivas de limpieza y rafia.
64. El 15 de octubre de 2014, a las 8:20 horas, durante el cambio de guardia, Araceli Ramírez Miranda, personal de guardia y custodia del tercer turno del CFRSSMA, asignada al dormitorio C-D, informó que la Víctima 3 había faltado a su pase de lista. Por lo tanto, las técnicas en seguridad de servicio en el dormitorio antes referido, Maribel Zetina Ortiz y Elizabeth Flores Sierra, acudieron a buscarla al dormitorio C, estancia 101 que era a la que se encontraba asignada. Al llegar,

encontraron a la Víctima 3 en posición decúbito dorsal apoyada en el suelo, con una cuerda de rafia de color amarillo alrededor del cuello, pendiendo de un poste que separa las literas. Al llamarla por su nombre, el personal técnico en seguridad no recibió respuesta de la Víctima 3, por lo que, vía radio, solicitaron el apoyo del personal paramédico, el cual aproximadamente a las 8:30 horas, refirió que la Víctima 3 no presentaba signos vitales.

65. A las 9:30 horas, el personal médico del Centro de Reclusión fue informado del hallazgo del cuerpo de la Víctima 3, por lo que acudió al dormitorio la médico de guardia, quien confirmó que ya no presentaba signos vitales, contaba con livideces cadavéricas generalizadas, pupilas dilatadas y sin respuesta a estímulos.
66. Más tarde, el Perito en Criminalística de Campo adscrito a la PGJ, arribó a las instalaciones del CFRSSMA, y señaló como objeto constrictor el pedazo de rafia color amarillo colgado en uno de los postes que separaban las literas. También dejó constancia de una nota póstuma en la parte inferior de una de las literas. En la necropsia realizada por los peritos médicos del INCIFO, señalaron como causa de muerte de la Víctima 3, asfixia por ahorcamiento, estando bajo el influjo de cocaína. Por su parte, el personal médico de esta CDHDF señaló que resulta altamente consistente que se trate de un evento de tipo suicida. Resaltaron que el cuerpo de la Víctima 3 permaneció pendiendo de la litera del dormitorio por un rango aproximado de 6 a 10 horas previas a su hallazgo.
67. El 15 de octubre de 2014, el Agente del Ministerio Público de la Fiscalía Desconcentrada de Iztapalapa, inició averiguación previa por el delito de homicidio- homicidio culposo por otras causas. Finalmente, el 15 de enero de 2015, se propuso la reserva de la indagatoria.
68. Al momento de su fallecimiento, la Víctima 3 tenía un hijo, Víctima indirecta 7, que quedó al cuidado de sus familiares maternos. La Víctima 3 era visitada por una tía quien después de su deceso quedó a cargo de Víctima indirecta 7.

Caso 4, Expediente CDHDF/II/121/IZTP/15/P2115

Víctima 4

Víctimas indirectas 8, 9, 10 (Hijas) y 11 (Madre)

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

69. La Víctima 4 era una mujer de 30 años de edad, que vivía en situación de calle antes de ser privada de la libertad. Desde el 4 de febrero de 2015, se encontraba en el CFRSSMA, cumpliendo una pena de prisión. Estaba ubicada en la estancia 211 del Dormitorio C, destinado a mujeres privadas de la libertad con antecedentes de dependencia a sustancias tóxicas. El 7 de abril de 2015, la Víctima 4 se quitó la vida.
70. Sus familiares y las autoridades del CFRSSMA tenían conocimiento de su dependencia grave a sustancias tóxicas. Contaba con una impresión diagnóstica de “rasgos de personalidad límite”, con consumo de sustancias tóxicas en grado disfuncional. Por su estado emocional se calificó “no estable”, sin embargo las autoridades del CFRSSMA no acreditaron que la Víctima 4 fuera atendida por el servicio de psicología
71. El 23 de febrero de 2015, se le realizó tamizaje a la Víctima 4, como parte del Programa de Atención Integral a las Adicciones, por lo que se le consideró candidata 7a la siguiente generación del Modelo Residencial que iniciaba en mayo de 2015 y se le canalizó al Programa Ambulatorio para atender adicciones, con cita abierta para que acudiera cuando lo necesitara, siendo su última atención el 27 de marzo de 2015.
72. Es de resaltar que el 26 de marzo de 2015, el Juzgado Quincuagésimo Primero Penal del Distrito Federal dictó sentencia condenatoria en contra de la Víctima 4. Al respecto, las mujeres privadas de la libertad que habitaban en la misma estancia que la Víctima 4 refirieron que después de ser sentenciada la notaron decaída. Aunado a lo anterior, el 6 de abril de 2015, la Víctima 4 se enteró que su pareja, privada de la libertad en el RPVO, había sido agredida.
73. El 7 de abril de 2015, aproximadamente a las 7:50 horas, la técnica en seguridad Elba Maritza Aquino Alpizar, de servicio en el dormitorio C, se encontraba pasando lista en el segundo nivel, cuando se percató que las tres mujeres privadas de la libertad en la estancia 212, entre ellas la Víctima 4, no habían pasado lista. Al notar que dicha estancia estaba cerrada por dentro, la técnica en seguridad tocó y exigió que abrieran, momento en el que una de las mujeres al interior abrió y al entrar encontraron a la Víctima 4 en suspensión incompleta, con un suéter atado al cuello pendiendo de los orificios de la pared que sirven de tragaluz en la zotehuela de la estancia. La técnico en seguridad pidió apoyo vía radio y llegaron otros elementos de seguridad y personal paramédico, siendo estos últimos

quienes verificaron que la Víctima 4 ya no presentaba signos vitales. A las 8:20 horas, llegó la médico en turno, quien ratificó la ausencia de signos vitales.

74. El 8 de abril de 2015, en el dictamen de necropsia, los peritos médicos forenses adscritos al INCIFO, concluyeron que la Víctima 4 falleció de asfixia por ahorcamiento. Asimismo, la perito en criminalística de campo adscrita a la PGJ, concluyó que no se detectaron maniobras de lucha, defensa y/o forcejeo de parte de la Víctima, y que la lesión en el cuello era consistente con el ahorcamiento, señalando que la data de la muerte ocurrió en no menos de 4 horas y no más de 6 horas antes de su intervención a las 11:10 horas del 7 de abril. A su vez, personal médico de esta CDHDF concluyó que, dada la ausencia de signos de lucha, forcejeo o defensa, es altamente consistente que se tratase de un evento de tipo suicida, y que, en alto grado de certeza, éste ocurrió entre las 3:00 y las 5:00 horas del 7 de abril de 2015.
75. Por su parte, en el dictamen pericial de química forense de 8 de abril de 2015, las químicas farmacobiólogas, peritos adscritas a la PGJ, concluyeron que en la sangre de la Víctima 4 se identificó la presencia de metabolitos provenientes del consumo de cocaína.
76. El 7 de abril de 2015, se inició carpeta de investigación, por el delito de homicidio culposo, en la Agencia del Ministerio Público IZP-9 de la Fiscalía Desconcentrada de Investigación en Iztapalapa de la PGJ. La carpeta continuaba en trámite el 23 de julio de 2015.
77. La Víctima 4 era hija de la Víctima indirecta 11 quien la visitaba en el centro de reclusión, además, junto con otros familiares se hizo cargo de las Víctimas indirectas 8, 9 y 10, hijas de la Víctima 4.

Caso 5, expediente CDHDF/III/121/XOCH/15/P6795

Víctima 5

Víctima indirecta 12 (Hijo)

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

78. La Víctima 5, mujer de 26 años de edad, vivía con discapacidad psicosocial y se encontraba privada de la libertad en el CFRST, desde el 19 de enero de 2014, en prisión preventiva. El 21 de octubre de 2015, se quitó la vida.

79. Previamente, la Víctima 5 se encontraba privada de la libertad en el CFRSSMA, pero el 19 de enero de 2014, presentó un cuadro psicótico agudizado, por lo que fue valorada por personal médico de la Unidad Médica del CFRST y del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, donde se le diagnosticó con trastorno psicótico agudo, se le prescribió tratamiento medicamentoso e internación hospitalaria en la Torre Médica Tepepan. En consecuencia, el 19 de enero de 2014, fue trasladada al CFRST, donde fue internada en el área de psiquiatría del Hospital General Torre Médica Tepepan. El 29 de enero de 2014, la Víctima 5 fue valorada en el Hospital General Torre Médica Tepepan por personal médico que asentó como impresión diagnóstica trastorno psicótico secundario a consumo de múltiples sustancias, con tratamiento inicial consistente en “medidas generales”, valoración por psiquiatría para normar conducta y cita de control CE.
80. A pesar del seguimiento médico psiquiátrico que recibió durante su estancia en el CFRST, la Víctima 5 presentó un intenso consumo de sustancias, con cuadros psicóticos desencadenados por el consumo, que mejoraba a la ingesta de psicofármacos, pero recaía por el consumo de sustancias, por lo que el personal médico de la Torre Médica Tepepan consideró que su evolución fue tórpida, con pronóstico regular a malo para la vida.
81. El 24 de mayo de 2014, la Víctima 5 fue valorada por el servicio de psiquiatría del Hospital General Torre Médica Tepepan, por presentar sintomatología psicótica, estado delirante, e ideas suicidas, derivado del consumo de sustancias tóxicas. Por lo que se le prescribió tratamiento medicamentoso, vigilancia estrecha por peligro de suicidio, así como evitar la introducción de sustancias tóxicas al área de psiquiatría. A partir de entonces, la Víctima 5 mantuvo su consumo de sustancias tóxicas, lo que provocó que persistieran las alteraciones psicóticas y alucinaciones, por lo que su tratamiento médico fue ajustado constantemente.
82. Cabe mencionar que cuando no estaba internada en la Torre Médica Tepepan, la Víctima 5 era ubicada sin compañía, en el dormitorio 8, estancia 13 (de psiquiatría) del CFRST.
83. El 20 de septiembre de 2015, la Víctima 5 fue valorada de urgencia por el servicio de psiquiatría del Hospital General Torre Médica Tepepan, quien señaló que presentaba agitación motriz, alucinaciones y autolesiones, por lo que solicitó al personal de seguridad mantenerla vigilada constantemente por riesgo de actos

violentos contra ella y/o terceros, prescribiendo diversos medicamentos. El 30 de septiembre de 2015, fue valorada en dicho hospital, señalando que continuaba teniendo ideas delirantes y de daño, discurso desorganizado, juicio desviado, sin conciencia real de enfermedad, por lo que prescribió continuar con el manejo medicamentoso y vigilancia estrecha en el dormitorio, por riesgos.

84. El 13 de octubre de 2015, el médico psiquiatra adscrito al Hospital General Torre Médica Tepepan, valoró a la Víctima 5, señalando que llevaba 2 semanas de aislamiento y solicitó su egreso del mismo, sin que el personal de seguridad y custodia accediera a dicha solicitud. El 20 de octubre de 2015, la Víctima 5 fue valorada por otro médico psiquiatra, quien asentó que se encontraba bajo seguridad con candado en una celda, sola, en malas condiciones, sin conocer el motivo del aislamiento prolongado, a causa del cual presentaba desesperación y deseo de consumir sustancias, por lo que a examen mental, la médico psiquiatra señaló que no se descartaban ideas suicidas, brindándole contención verbal a la que respondió adecuadamente. Ese día se reajustó el tratamiento médico como estrategia para su egreso de aislamiento en celda, considerando que la Víctima 5 tenía un historial de mal apego al tratamiento.
85. El 21 de octubre de 2015, alrededor de la 1:45 horas, mientras que la técnico en seguridad en servicio en el dormitorio 8, María de los Ángeles Alcalá Vargas, realizaba un rondín nocturno por dicho dormitorio, se percató que la Víctima 5 se encontraba de pie sobre un bote de plástico, amarrada con una tira de cobija, del cuello a los barrotes de la puerta de su estancia. La técnica en seguridad pidió apoyo de más personal de seguridad, por lo que la Responsable de servicios de apoyo en el área de psiquiatría del dormitorio 8, Anselma Salinas García, que se encontraba a diez metros de distancia, abrió la estancia para que ingresara el demás personal de seguridad, entre los que se encontraban Verónica Camacho Rojas, Subjefa de Grupo, otros técnicos en seguridad y la paramédico de turno, quienes procedieron a bajar a la Víctima para que la paramédico le brindara atención, realizando maniobras de resucitación sin que la Víctima 5 respondiera.
86. Ante la ausencia del personal de la Unidad Médica que no acudió a la zona, el personal de seguridad trasladó a la Víctima 5 en una tabla al área de Urgencias del Hospital General Torre Médica Tepepan, donde fue atendida por la médico en turno. Alrededor de las 2:00 horas del 21 de octubre de 2015, el personal médico certificó que la Víctima 5 ya no presentaba signos vitales, que no se realizaron

maniobras de reanimación y que tenía aproximadamente una hora de fallecimiento.

87. En su dictamen pericial de 21 de octubre de 2015, una perito en criminalística adscrita a la PGJ determinó que la lesión en el cuello era consistente con maniobras de ahorcamiento. El 22 de octubre de 2015, peritos médicos forenses adscritos al INCIFO señalaron que la causa de muerte fue asfixia por ahorcamiento. A su vez, el 29 de julio y 20 de septiembre de 2016, personal criminalista y médico de la CDHDF concluyó que era consistente que la Víctima 5 se hubiera colgado de la reja metálica de su estancia, que la lesión en el cuello correspondía a maniobras de ahorcamiento y que la causa de muerte había sido asfixia por ahorcamiento, de tipo suicida.
88. Cabe mencionar que el 10 de noviembre de 2015, María Irma Wong Luján, Encargada de la Subdirección de Seguridad, informó que, con base en las políticas de operación, al término de actividades en el dormitorio, después de las 22:00 horas, el personal en seguridad deberá realizar rondines constantes en intervalos de 30 minutos.
89. El 21 de octubre de 2015, el Agente del Ministerio Público de la Agencia Investigadora TLP-3 de la PGJ, inició averiguación previa, por el delito de “homicidio-homicidio doloso por ahorcamiento”.
90. La Víctima 5 era madre de la Víctima indirecta 12, persona menor de edad a cargo de su padre, que lo llevaba a la visita ocasionalmente.

Caso 6, expediente: CDHDF/III/121/XOCHI/15/P7341

Víctima 6

Víctima indirecta 13 (Hijo) 14 (Hermana)

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

91. La Víctima 6 era una mujer de 23 años de edad, que vivía con una discapacidad psicosocial y VIH. Se encontraba privada de la libertad al interior del CFRST, desde 2013, cumpliendo una pena de prisión. El 3 de noviembre de 2015, se quitó la vida.

92. Resulta importante mencionar que, el 18 de julio de 2013, la Víctima 6 acudió a consulta con personal adscrito al área de psiquiatría del Hospital General Torre Médica Tepepan, donde refirió estar deprimida desde los 12 años de edad, a raíz de la muerte de su madre, sentimiento que permanecía al no ver a su familia desde que se encontraba privada de su libertad. Se le diagnosticó trastorno depresivo recurrente, con episodio actual moderado, indicando tratamiento medicamentoso. Nuevamente, el 12 de agosto de 2013, acudió a consulta psiquiátrica, presentando ansiedad, tristeza, insomnio, apatía y deseos de autoagredirse sin ideas de muerte estructuradas. Por lo que se volvió a confirmar su diagnóstico y se indicó continuar con el tratamiento medicamentoso. El 9 de octubre de 2013, un médico adscrito a dicho nosocomio, modificó la dosis establecida para el tratamiento de la Víctima 6, debido al consumo simultáneo de medicamentos y marihuana, que le ocasionó hipertensión arterial.
93. A finales de 2013 y en inicios de 2014, la Víctima 6 suspendió su tratamiento medicamentoso y reinició su consumo habitual de cocaína y marihuana. El 10 de marzo de 2014, se le indicó vigilancia de recaída afectiva y de consumo de sustancias sin tratamiento, así como cita abierta a psiquiatría. El 14 de marzo de 2014, presentó psicosis por consumo de sustancias tóxicas, por lo que fue diagnosticada con trastorno psicótico agudo, consumo perjudicial de cocaína y marihuana con pronóstico malo para la vida y la función. En consecuencia, ese mismo día, un médico psiquiatra de la Torre Médica Tepepan, solicitó a Guadalupe Hernández Méndez encargada del C.O.C., ingresar al dormitorio 8 (área psiquiátrica) del CFRST a la Víctima 6, debido a que su padecimiento se había agudizado con sintomatología psicótica, asociado al consumo de sustancias, situación que ameritaba tratamiento psicofarmacológico, vigilancia continua y seguimiento del médico tratante dentro del área. El 6 de mayo de 2014, fue aislada en el dormitorio de conductas especiales. El 27 de mayo de 2014, se indicó por parte de los médicos tratantes, mantener una vigilancia estrecha por riesgo de autoagresión.
94. El 23 de junio de 2014, a las 16:00 horas la Víctima 6 fue llevada al área de urgencias del Hospital General Torre Médica Tepepan, por intentar suicidarse por ahorcamiento, así como referir ideas de muerte por falta de visita familiar. Se le indicó valoración y control psiquiátrico por episodios alucinantes auditivos imperativos de suicidio, así como tratamiento medicamentoso, interconsulta en psiquiatría y observación por parte de personal de urgencias.

95. El 8 de julio de 2014, la Víctima 6 fue hospitalizada en el área de psiquiatría por indicaciones de su médico tratante ya que, a pesar de ser tratada con antipsicóticos, mostró pobre respuesta, resistencia y susceptibilidad a los efectos adversos, teniendo una evolución únicamente en la prolongación de la frecuencia de las autoagresiones, con persistencia de alucinaciones imperativas de muerte e ideas delirantes. Al día siguiente la doctora de la unidad médica certificó que la Víctima presentaba una lesión reciente en el antebrazo izquierdo ocasionada con objeto punzocortante. En consecuencia, se solicitó colocarla en el dormitorio de área común y tratamiento medicamentoso continuo.
96. Posteriormente, se le diagnosticó con probable trastorno psicótico secundario a enfermedad médica, consumo perjudicial de cocaína y marihuana y tratamiento medicamentoso. Entre el 31 de julio y el 1 de agosto de 2014, tuvo dos ingresos a la Torre Médica, por presentar lesiones autoinfligidas en ambos antebrazos, derivado de cambios de dormitorio, refiriendo no tomar ningún medicamento. Por lo que se le indica vigilancia estrecha y no se le da tratamiento medicamentoso.
97. El 20 de agosto de 2014, fue dada de alta del dormitorio de psiquiatría por estabilidad clínica, sin embargo, el 25 de agosto de 2014 regresó al dormitorio por reinicio de consumo de sustancias tóxicas, conservando diagnóstico y tratamiento farmacológico. En septiembre se agudizó su trastorno, con sintomatología psicótica, ameritando tratamiento farmacológico, vigilancia continua y seguimiento médico. En octubre de 2014, tuvo una recaída por abandono de tratamiento y regreso a consumo de sustancias tóxicas. Fue hospitalizada en tres ocasiones: en noviembre de 2014, por autoagredirse, a raíz de las alucinaciones auditivas, confirmando el diagnóstico de trastorno psicótico probable esquizofreniforme orgánico.
98. El 19 de junio, 5 de julio y 25 de julio todos de 2015, fue atendida por personal de urgencias, por una ingesta abusiva de medicamento, con diagnóstico de intoxicación medicamentosa y sustancias tóxicas, con un tratamiento de valoración psiquiátrica. El 22 de julio de 2015, fue valorada por personal médico de la Torre Médica Tepepan, por reinicio de alucinaciones auditivas imperativas de daño e ideaciones suicidas, consecuencia de haber suspendido su tratamiento medicamentoso y reiniciado el consumo de cocaína y marihuana, al encontrarse en la zona de población. Debido a lo anterior, una médica psiquiatra de la Torre Médica Tepepan solicitó que la Víctima 6, ingresara a la brevedad posible, al área

de psiquiatría, con tratamiento psicofarmacológico, vigilancia continua y seguimiento por el médico tratante.

99. Nuevamente, el 21 de septiembre de 2015, presentó alucinaciones auditivas que le decían que debía ahorcarse, por lo que se le diagnosticó esquizofrenia descontrolada y fue enviada a valoración psiquiátrica para normar su conducta, con cita abierta a urgencias. El 20 de octubre de 2015, presentó autoagresión e ideas suicidas a partir de alucinaciones auditivas, por lo que se le diagnosticó probable depresión crónica e ideación suicida, con tratamiento medicamentoso. Más tarde, se confirmó su diagnóstico de trastorno psicótico (probable Esquizofreniforme Orgánico) y afectivo, así como consumo perjudicial de cocaína y marihuana, permaneciendo con tratamiento medicamentoso.
100. El 3 de noviembre de 2015, la Víctima 6 se encontraba en el Dormitorio 8, estancia 8 (psiquiatría). Aproximadamente a las 18:45 minutos, la Víctima 6 dialogó con Teresa Ramírez Rodríguez, técnica de seguridad de guardia en el Dormitorio 8, durante su rondín de rutina, y le informó que estaba muy cansada, que se acostaría y no acudiría a un evento en la sala de visitas. Cinco minutos después, la técnica escuchó que las mujeres privadas de su libertad se encontraban inquietas, por lo que procedió a revisar nuevamente todas las estancias y al llegar a la E-8 encontró a la Víctima 6 aún con vida, suspendida del cuello con un pedazo de nylon, aparentemente perteneciente a un zacate para baño, atado a un barrote de la parte superior de uno de los muros de la estancia. Inmediatamente procedió a bajarla y solicitó apoyo vía radio, por lo que se presentó personal de la Subdirección de Seguridad, así como personal paramédico.
101. El personal paramédico encontró a la Víctima 6 tendida en el piso e inconsciente, por lo que realizó maniobras de resucitación durante 4 minutos, para posteriormente conducir a la Víctima a la Torre Médica Tepepan, sin suspender las maniobras de reanimación. A las 19:00 horas, la Víctima 6 ingresó al servicio de urgencias de la Torre Médica Tepepan, con asistolia, donde le continuaron brindando maniobras básicas y avanzadas de reanimación cardiopulmonar durante 30 minutos, colocando intubación y ventilación permanente, sin obtener respuesta favorable. A las 19:30 horas, Salvador López Ramírez y Alejandra Becerra, médico y enfermera adscritos a la Torre Médica Tepepan, declararon la muerte de la Víctima 6.

102. En su dictamen pericial de 4 de noviembre de 2015, un perito en Criminalística de Campo, adscrito a la PGJ, concluyó que la Víctima 6 había recibido atención médica, además de que presentaba múltiples cicatrices antiguas en ambos antebrazos. A su vez, en el dictamen de necropsia de 5 de noviembre de 2015, realizado por peritos médicos forenses adscritos al Instituto de Ciencias Forenses del entonces Distrito Federal, se concluyó que la Víctima 6 había fallecido por asfixia por ahorcamiento. Por su parte, personal médico y criminalista adscrito a esta CDHDF, determinó que considerando las características estructurales de la estancia, éstas favorecen que una persona esté suspendida de un punto fijo, por lo que la causa de la muerte fue asfixia por ahorcamiento suicida.
103. El 4 de noviembre de 2015, el Agente del Ministerio Público en la Unidad de Investigación 1 con Detenido de TLP-3 de la Fiscalía Desconcentrada de Investigación en Tlalpan de la PGJ, inició carpeta de investigación, por el delito de homicidio culposo. El 3 de febrero de 2016, David Cruz Perea, Agente del Ministerio Público adscrito a la Unidad Investigadora 3 de la Coordinación Territorial TLP-3, determinó la indagatoria con el No Ejercicio de la Acción Penal, por no configurarse el delito.
104. La Víctima 6 era huérfana por lo que su hermana, Víctima indirecta 14, se ocupó de su situación desde su infancia y la visitaba en el centro de reclusión; además, con otros familiares se hizo cargo de la Víctima indirecta 13, hijo de la Víctima 6.

Caso 7, expediente CDHDF/II/121/IZTP/10/P3739

Víctima 7

Víctima 15 (madre)

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

105. La Víctima 7, hombre de 25 años de edad, vivía con discapacidad psicosocial y se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, desde el 13 de septiembre de 2008, cumpliendo una pena de prisión. El 6 de junio de 2010, la Víctima 7 se quitó la vida.
106. Se encontraba asignado al área de psiquiatría, estancia 8, zona 4 del Centro de Diagnóstico, Ubicación y Determinación de Tratamiento, por determinación del 7 de octubre de 2009, emitida por el Consejo Técnico Interdisciplinario, en atención

a que tuvo un intento suicida el 18 de marzo de 2009, una autoagresión el 28 de septiembre de 2009, y presentaba trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos, ideación suicida, farmacodependencia múltiple y, en diversas ocasiones, no se había presentado en la enfermería para tomar su medicamento.

107. La Víctima 7 fue referida en 2 ocasiones al CEVAREPSI para su atención, el 19 de marzo de 2009 y el 6 de octubre de 2009. El 28 de noviembre de 2009, la Víctima 7 fue trasladada al Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (CEVAREPSI) para su atención, por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario, derivado de intento suicida y diagnóstico presuncional de posible estado esquizofrénico. El 4 de enero de 2010, fue dado de alta por mejoría clínica, con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y conducta suicida remitida, por lo que al día siguiente regresó al RPVO, donde nuevamente fue ubicado en el área de psiquiatría, por recomendación de 12 de marzo de 2010, de la doctora María Elena Morales Uribe, encargada de la Unidad Médica del RPVO, en atención a antecedentes de intentos suicidas de alta letalidad y un diagnóstico de trastorno disocial de la personalidad.
108. Aproximadamente a las 5:15 horas, del 6 de junio de 2010, Samuel López Luna, Técnico en Seguridad a cargo de la guardia en el área del Centro de Diagnóstico, Ubicación y Determinación de Tratamiento, al efectuar el rondín habitual, escuchó que una persona privada de la libertad estaba azotando las rejas en la zona 4, área de psiquiatría. Al llegar a la estancia 8, encontró a una persona privada de la libertad, con discapacidad auditiva, alterada, quien explicó que, al despertar, encontró a la Víctima 7 pendiendo de un cordón atado a la reja de la puerta de entrada, por lo que cortó el cordón, intentó auxiliarlo y azotó las rejas para pedir ayuda.
109. Aproximadamente a las 5:30 horas, el técnico en seguridad informó a la Unidad Médica, por lo que a las 5:45 horas acudió a la estancia el doctor Carlos Pacheco Hernández, médico de guardia, quien encontró a la Víctima 7 recostado en el piso de la estancia, sin signos vitales, con huellas de ahorcamiento en forma circular alrededor del cuello.
110. A las 8:20 horas, el Agente del Ministerio Público, Francisco García Santos, y personal ministerial de la Agencia Investigadora IZP-8 de la Fiscalía Desconcentrada en Iztapalapa de la PGJ, acudieron al lugar de los hechos para

realizar la inspección ministerial, y observó que en la estancia 8 se encontraba en el piso el cadáver de la Víctima 7, alrededor de su cuello una agujeta y sobre el tercer tubo metálico, un cordón blanco amarrado y cortado.

111. El 7 de junio de 2010, peritos médicos adscritos al entonces SEMEFO, en la necropsia concluyeron que la Víctima 7 falleció de asfixia por ahorcamiento. Por su parte, el perito en criminalística adscrito a la PGJ, concluyó que la lesión en el cuello es similar a las que se presentan en muertes por asfixia mecánica por ahorcamiento, que la mecánica de hechos probablemente corresponde un suicidio, y que en un alto grado de probabilidad, la Víctima 7 no realizó maniobras de lucha previo a su muerte. Asimismo, observó un cordón blanco amarrado en el marco superior del acceso a la estancia, el resto del cordón en la superficie de la cama y otro pedazo de cordón sobre el piso. Además, peritos adscritas a la Coordinación General de Servicios Periciales de la PGJ, concluyeron que la Víctima 7 se encontraba bajo los influjos de cocaína al momento de fallecer. A su vez, el personal médico de la CDHDF concluyó que la causa de muerte de la Víctima 7 fue una ahorcadura por asfixia de etiología médico legal suicida, y que el consumo de cocaína fue un factor que pudo contribuir a la causa de muerte, sobre todo por los antecedentes psiquiátricos de la Víctima 7.
112. El 11 de abril de 2011, la Directora del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, Licenciada Laura Talamantes García, informó a esta CDHDF que las medidas que toman para salvaguardar la integridad física y psicológica, así como para brindar contención a las personas privadas de la libertad que manifiestan ideas de suicidio o que intentan autoagredirse, son: que los Técnicos Penitenciarios los canalicen inmediatamente al Hospital de la institución para que sean atendidos por personal médico, psiquiatra o psicólogo, y estos determinen el tratamiento a seguir, o si es necesario trasladarlos a CEVAREPSI. También se solicita que sean ubicados en el dormitorio especial (psiquiátricos) y se giran instrucciones al Subdirector de Seguridad para que tome las medidas necesarias.
113. Posteriormente, el 12 de noviembre de 2012, la licenciada Adriana Villeda Salazar, encargada de la Unidad Departamental del Centro de Diagnóstico, Ubicación y Determinación de Tratamiento del RPVO informó a esta CDHDF que la principal acción para garantizar la integridad personal de internos que viven con una discapacidad psicosocial es la existencia de la zona 1 del dormitorio 3, exclusiva para estas personas. Además, se implementa el “Programa Jerárquico de Rehabilitación de Internos con Discapacidad Psicosocial”, cuyo objetivo es

“favorecer la adquisición y/o recuperación de conductas que orienten al interno con discapacidad psicosocial a un mejor funcionamiento y adquieran elementos adaptativos para la futura reintegración en la sociedad.”

114. El 24 de junio de 2014, el comandante Luis Arturo Martínez Hernández, Encargado de la Subdirección de Seguridad en el RPVO, informó a esta CDHDF que, en los pasillos de los dormitorios y sus anexos, existen cámaras de seguridad instaladas, no así dentro de los dormitorios y sus estancias, y que de 2012 a 2014, en el RPVO se habían registrado 4 suicidios.
115. Cabe mencionar que el 6 de junio de 2010, en la Agencia Investigadora IZP-8, de la Fiscalía Desconcentrada en Iztapalapa de la PGJ, se inició averiguación previa, por el delito de homicidio-homicidio culposo por otras causas. El 31 de agosto de 2011, el agente del Ministerio Público propuso acuerdo de No Ejercicio de la Acción Penal, por no existir ninguna acción tendiente a privar de la vida a la Víctima, ni maniobras de lucha o forcejeo, sino que falleció de asfixia por ahorcamiento.
116. La Víctima 7 era hijo de la Víctima indirecta 15, persona que lo visitaba constantemente durante el tiempo que permaneció en reclusión.

Caso 8, expediente CDHDF/II/121/IZTP/13/P2934

Víctima 8

Víctima indirecta 16 (Madre)

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

117. La Víctima 8, hombre de 33 años de edad, vivía con VIH y discapacidad psicosocial, y se encontraba privado de la libertad desde el 26 de agosto de 2010, en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte, cumpliendo una pena de prisión. El 24 de enero de 2012, fue trasladado a la Penitenciaría del Distrito Federal, donde fue asignado al dormitorio 10, zona 3, estancia 26, para población en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, el 14 de marzo de 2013, se quitó la vida.
118. Cabe resaltar que no obra constancia en su expediente técnico que la Víctima 8 haya recibido terapia psicológica, a pesar de que el 15 de septiembre de 2010, el psicólogo César Tejeda del RPVN le diagnosticó trastorno pasivo-agresivo de la personalidad, e identificó su dependencia crónica a sustancias, por lo que sugirió

un tratamiento de terapia psicológica y atención a adicciones. A su vez, el 8 de febrero de 2012, la psicóloga Lorena Fonseca de la Penitenciaría del Distrito Federal le diagnosticó trastorno dependiente, identificó su dependencia grave a sustancias y sugirió un tratamiento de autoestima y proyecto de vida, sin que en el expediente técnico obre constancia de tales cursos ni de su seguimiento. Fue valorado en dos ocasiones por psiquiatría, donde se le diagnosticó con trastorno adaptativo con síntomas depresivos, así como síndrome de abstinencia. Sólo consta que el 22 de noviembre de 2012, la Víctima 8 ingresó a la Clínica de Atención Integral para Internos Consumidores de Drogas, y el 19 de febrero de 2013, concluyó “satisfactoriamente” el tratamiento primario. Sin embargo, el 21 de marzo de 2013, los peritos médicos forenses ampliaron su dictamen de necropsia, precisando que al fallecer, la Víctima 8, se encontraba con la presencia de metabolitos provenientes del consumo de cocaína en la sangre.

119. El 14 de marzo de 2013, aproximadamente a las 10:00 horas, Juan Carlos Tenorio de la Rosa, único técnico en seguridad asignado a la vigilancia del dormitorio 10, se encontraba realizando su recorrido por las zonas del dormitorio, y al llegar a la zona 3, estancia 26, una persona privada de la libertad le comunicó que su estancia estaba cerrada por dentro, por lo cual, el técnico en seguridad forzó la puerta para entrar y encontró en el área de baño a la Víctima 8, pendiendo del cuello con un cordón amarrado al techo. Informó vía radio a la superioridad, y a las 10:05 horas, dio aviso a la unidad médica, por lo que a las 10:08 horas, los doctores Adolfo López Molotla e Ignacio Valles Larios, médicos en turno, acudieron al lugar de los hechos y observaron a la Víctima 8 en suspensión completa con un cordón alrededor del cuello, atado a la estructura metálica del techo del baño, declarando su muerte a las 10:12 horas.
120. En el dictamen de necropsia de 14 de marzo de 2013, los peritos médicos forenses adscritos al INCIFO, concluyeron que la Víctima 8 falleció de las alteraciones viscerales y tisulares causadas en los órganos interesados por asfixia por ahorcamiento, que calificaron de mortal. Asimismo, el 7 de junio de 2013, el perito jefe de medicina adscrito a la Coordinación de Servicios Periciales de la PGJ, realizó la mecánica de lesiones y concluyó que la Víctima 8 falleció de asfixia por ahorcamiento, al aplicarse un cordón como agente vulnerante alrededor del cuello, fijarlo a un punto fijo y colgarse. Asimismo, personal médico y criminalístico de esta CDHDF concluyó que la causa de muerte de la Víctima 8 fue asfixia por ahorcamiento de tipo suicida.

121. Asimismo, resalta que el 30 de julio de 2013, el Comandante Juan Carlos Mora Figueroa, Encargado de la Subdirección de Seguridad de la Penitenciaría, informó a esta CDHDF que el dormitorio 10 cuenta con dos cámaras de seguridad, una en la entrada y otra que da al patio.
122. El 14 de marzo de 2013, el Agente del Ministerio Público adscrito a la Unidad de Investigación No. 1 con detenido, de la Agencia Investigadora IZP-10 de la Fiscalía Desconcentrada en Iztapalapa inició averiguación previa, por el delito de homicidio-homicidio culposo por otras causas. El 31 de octubre de 2013, la indagatoria fue determinada con el No Ejercicio de la Acción Penal.
123. La Víctima 8 era hijo de la Víctima indirecta 16, persona que lo visitaba constantemente durante el tiempo que permaneció en reclusión.

Caso 9, expediente: CDHDF/III/121/XOCH/13/P3570

Víctima 9

Víctima indirecta 17 (Pareja) y 18 (Madre)

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

124. La Víctima 9, hombre de 21 años de edad, vivía con discapacidad psicosocial y se encontraba privado de la libertad desde el 28 de julio de 2011, al interior del Reclusorio Preventivo Varonil Sur (RPVS), cumpliendo una pena de prisión. En varias ocasiones se autolesionó, hasta que el 28 de mayo de 2013, se quitó la vida.
125. Cabe mencionar que el 23 de mayo de 2012, fue diagnosticado por personal del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (CEVAREPSI), con trastorno límite de la personalidad, para el que se le indicó tratamiento farmacológico, y el 9 de diciembre de 2012, con trastorno mixto de personalidad y límite disocial, para el cual no se le indicó tratamiento psiquiátrico y sólo se sugirió atención psicológica. Sin embargo, la Víctima 9 informó al personal médico del RPVS que suspendió su tratamiento farmacológico. El 17 de enero de 2013, personal médico de la unidad médica del RPVS lo canalizó a la unidad de psiquiatría del CEVAREPSI, por un diagnóstico de “Intento suicida a descartar manipulador”, prescribiendo medicamento y seguimiento psiquiátrico.

126. Posteriormente, el 14 de abril de 2013, Diego Bañuelos Sánchez, técnico en seguridad del RPVS, informó que se le negó el acceso a la Víctima 9 al área de visitas por insultar a personal de seguridad y custodia. Ante lo cual, la Víctima 9 amenazó con autolesionarse, si no lo dejaban pasar. Durante el rondín general, fue encontrado en la zona de gimnasio del campo deportivo con una cuerda de 1 metro de rafia, por lo que fue enviado al dormitorio de conductas especiales, a fin de que el Consejo Técnico Interdisciplinario evaluara su conducta.
127. El 18 de mayo de 2013, Ángeles Calzada, técnica en seguridad del RPVS, informó que la Víctima 9 no había asistido a las sesiones de neuróticos anónimos y a la actividad deportiva que le estableció el Consejo Técnico Interdisciplinario. Asimismo, consta en el expediente técnico de la Víctima 9, una carta en la cual se desiste de la terapia psicológica a la cual lo había enviado el Consejo Técnico, por no ser de su interés.
128. El 23 de mayo de 2013, Gustavo Carbajal González, técnico en seguridad encargado del dormitorio 8, encontró a la Víctima 9 frente al dormitorio 7-2-8, con el brazo izquierdo sangrando, por lo que fue enviado al servicio médico del RPVS, donde refirió que se autolesionaba porque sufría de depresiones constantes, porque había suspendido su medicamento psicotrópico. También informó al personal médico del RPSV que el día de los hechos había consumido marihuana.
129. El 28 de mayo de 2013, la Víctima 9 se encontraba al interior del área de ingreso, en la zona 1, dormitorio 9, en tanto esperaba que el Consejo Técnico Interdisciplinario lo evaluara ante una acusación de la Víctima indirecta 17, quien era su pareja y también se encontraba privada de la libertad en el RPVS. A las 19:40 horas del mismo día, durante el pase de lista nocturno en el área de ingreso, zona 1, Arturo Tlelo Becerril y Pedro Ramírez García, técnicos en seguridad y custodia del RPVS, en servicio en el área de ingreso, llamaron en repetidas ocasiones a la Víctima 9, por lo que, al no obtener respuesta del llamado ni tenerlo a la vista, ingresaron a la estancia y encontraron a la Víctima 9 al interior del baño, semi-parado, suspendido y amarrado a la regadera con una venda elástica de color blanco alrededor del cuello. Inmediatamente dieron parte al personal del servicio médico del RPVS.
130. A las 19:48 horas, el médico adscrito a la Unidad de Servicios Médicos del RPVS, arribó al lugar y determinó que la Víctima 9 había fallecido, sin poder confirmar la

hora exacta de defunción y teniendo como causa probable de muerte ahorcamiento.

131. El 28 de mayo de 2013, el Agente del Ministerio Público, Hernán Hernández Sánchez, adscrito a la Unidad de investigación 3 sin detenido de la Coordinación Territorial XO-1 de la PGJ, inició averiguación previa por el delito de homicidio culposo por otras causas. El 30 de julio de 2013, la indagatoria fue determinada con el No Ejercicio de la Acción Penal.
132. En la necropsia realizada el 29 de mayo de 2013 a las 19:45 horas, por peritos médicos forenses adscritos al INCIFO, se determinó como causa de muerte, asfixia por ahorcamiento. A su vez, personal médico adscrito a esta CDHDF, señaló que las lesiones presentadas en el cadáver de la Víctima 9, eran consistentes con una ahorcadura de tipo suicida con venda elástica.
133. La Víctima indirecta 17 era pareja sentimental de la Víctima 9. La Víctima indirecta 17 le brindaba apoyo y lo incentivaba a atender su problema de adicción a sustancias psicoactivas y lo asistió en las ocasiones en las que se autolesionó o intentó privarse de la vida. Asimismo, la Víctima 9 recibía la visita de su madre la Víctima indirecta 18.

Caso 10, expediente: CDHDF/II/122/XOCH/15/P2475

Víctima 10

Víctima indirecta 19 (Hija) y 20 (Madre)

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

134. La Víctima 10 era un hombre de 31 años de edad, que se encontraba privado de la libertad desde el 15 de enero de 2014, al interior del Reclusorio Preventivo Varonil Sur (RPVS), asignado al Anexo 4, zona 3, estancia 5. El 19 de abril de 2015 se quitó la vida.
135. Cabe mencionar que el 20 de febrero de 2014, el licenciado José Luis Nava Camacho, adscrito a la Dirección Ejecutiva de Prevención y Readaptación Social, identificó su uso habitual de sustancias tóxicas en remisión parcial, y recomendó que la Víctima 10 asistiera a cursos sobre adicciones y terapia grupal, sin que conste información sobre su incorporación a tales cursos. Asimismo, el 21 de febrero de 2014, un psicólogo en el RPVS, adscrito a la Dirección Ejecutiva de

Prevención y Readaptación Social, identificó sus antecedentes de consumo grave de cocaína, con remisión sostenida, lo diagnosticó con rasgos de personalidad límite, y señaló tratamiento relacionado con farmacodependencia, proyecto de vida, psicoterapia y valoración psiquiátrica. Al respecto, el 25 de abril de 2014, la Víctima 10 fue trasladada al CEVAREPSI para su tratamiento médico y reingresó al RPVS el 23 de mayo de 2014, por alta médica.

136. El 19 de abril de 2015, aproximadamente a las 18:45 horas, Sabino Pedro García Yee, técnico en seguridad en servicio en el Anexo 4, realizaba el pase de lista nocturno cuando se percató que la Víctima 10 no estaba presente ni en su estancia ni en el dormitorio. Lo hizo del conocimiento del técnico penitenciario Ariel Flores Sánchez, supervisor de dormitorios, e iniciaron la búsqueda en las diferentes áreas del RPVS.
137. Aproximadamente a las 21:15 horas, Sabino Pedro García Yee, técnico en seguridad y custodia encargado del anexo 4, encontró a la Víctima 10 al interior de un cuarto construido con material de desecho de plásticos y maderas, que carece de puerta limitante y funciona como taller de artesanías, y que se ubica en la parte trasera del dormitorio 8 (población general), afuera de la zona 2 entre la estancia 10 y 11, área con piso de tierra, sin que el personal de seguridad y custodia asignado a tal dormitorio se hubiera percatado previamente de su presencia. En ese momento, el doctor Eduardo Peniche Sánchez, médico adscrito a la Unidad Médica del RPVS, se trasladó a la parte trasera del dormitorio 8, en compañía Blanca Briones, personal de apoyo jurídico, donde encontraron a la Víctima 10, semisentado, suspendido del cuello con una cinta fabricada a partir de pedazos de cobija que estaba amarrada a una madera del muro del cuarto, con la mano derecha apoyada en el suelo. Al no presentar signos vitales, el médico confirmó la muerte de la Víctima 10.
138. En su dictamen pericial de 19 de abril de 2015, un perito en criminalística de campo adscrito a la Coordinación de Servicios Periciales de la PGJ, señaló que la Víctima 10 no realizó maniobras de lucha o forcejeo anteriores o al momento del hecho, y determinó que, de acuerdo a los signos cadavéricos que presentaba, era factible que la muerte de la Víctima 10 hubiera ocurrido en un lapso de 3 a 6 horas anteriores a la intervención del personal ministerial a las 22:30 horas.
139. El 19 de abril de 2015, el Agente del Ministerio Público en suplencia, en la Unidad de Investigación con detenido uno de la Coordinación Territorial XO-2 de la

Fiscalía Desconcentrada en Xochimilco de la PGJ, inició averiguación previa, por el delito de “homicidio - homicidio doloso por ahorcamiento”. El 24 de abril de 2015, se propuso el No Ejercicio de la Acción Penal, por no tratarse de hechos constitutivos de delito ni advertirse la intervención de terceras personas.

140. Por su parte, en el dictamen de necropsia de 20 de abril de 2015, a las 05:55 horas, peritos médicos forenses adscritos al INCIFO, determinaron como causa de muerte, asfixia por ahorcamiento. A su vez, personal médico adscrito a esta CDHDF, determinó que la causa de muerte de la Víctima 10, había sido ahorcadura por asfixia de etiología médico legal suicida.
141. De acuerdo a las pruebas toxicológicas realizadas por personal del INCIFO, al momento de fallecer, la Víctima 10 presentaba metabolitos de cocaína, así como alcoholemia moderada. Al respecto, personal médico adscrito a la CDHDF, señaló que a pesar de que la Víctima 10 fue valorada previo a su fallecimiento y se refirió su dependencia toxicológica, no existe evidencia, en el presente caso, de que se hubiera implementado un tratamiento para la erradicación de su consumo, a pesar de estar dentro de un centro de reclusión donde no debe existir acceso a drogas de abuso. Siendo tal antecedente, un elemento importante que contribuyó al suicidio de la Víctima 10.
142. Durante su reclusión, la Víctima 10 elaboraba artesanías para apoyar económicamente a su madre, Víctima indirecta 20, quien las vendía para obtener recursos y a su vez poder apoyar a la Víctima indirecta 19.

Caso 11, expediente CDHDF/II/121/IZTP/16/P4972

Víctima 11

Víctimas indirectas 21 (Hijo) y 22 (Madre)

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

143. La Víctima 11, hombre de 40 años de edad, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, desde el 29 de mayo de 2016, en prisión preventiva por un proceso en trámite ante el Juzgado 17° Penal en la Ciudad de México. Se encontraba ubicado en el Centro de Diagnóstico, Ubicación y Determinación de Tratamiento, zona 7, estancia 12. El 28 de julio de 2016, se quitó la vida.

144. Desde el 21 de junio de 2016, el psicólogo Oropeza, del RPVO, tuvo conocimiento de que la Víctima presentaba antecedentes de autolesiones, dos intentos suicidas y uso grave de sustancias tóxicas. Su impresión diagnóstica fue “rasgos límite” y sugirió como tratamiento, valoración psiquiátrica, actividad deportiva, cursos de autoestima, hábitos sociales e inteligencia emocional, sin que conste que haya realizado alguna de tales actividades o que haya sido valorado por psiquiatría. Una persona privada de la libertad que era su co-acusado y también estaba asignado al Centro de Diagnóstico, Ubicación y Determinación de Tratamiento, refirió que días antes de que se quitara la vida, la Víctima 11 estaba consumiendo más sustancias tóxicas de lo habitual.
145. El 28 de julio de 2016, aproximadamente a las 11:10 horas, los técnicos en seguridad comisionados al servicio del Centro de Diagnóstico, Ubicación y Determinación de Tratamiento, Miguel Ángel Ramírez Rojas, supervisor de esa área, y Enrique Duarte Romero, se encontraban realizando el rondín por la zona 7, cuando se percataron de que la reja de la estancia 12 se encontraba cubierta por un trozo de tela y que la Víctima 11 estaba en el umbral de la puerta de acceso a la estancia, en suspensión incompleta, sujeto por el cuello con una cinta verde atada al tercer barrote.
146. Vía radio, los técnicos en seguridad solicitaron apoyo a la unidad médica, por lo que acudió el médico de guardia, quien revisó a la Víctima 11, declaró su fallecimiento a las 11:15 horas y observó lesiones a nivel del cuello por ahorcamiento, así como lesiones en ambos antebrazos. Estas últimas fueron lesiones autoinfligidas por la Víctima 11, previo a su muerte, según el perito en criminalística de campo adscrito a la PGJ, quien además identificó un mango, un cabezal de rastrillo y una navaja con manchas hemáticas sobre la cama baja del camarote, donde dormía la Víctima, así como manchas de sangre en los muros. El referido perito también concluyó que la Víctima 11 no realizó maniobras de lucha, defensa o forcejeo previo a su muerte, y que se trató de un hecho de carácter suicida.
147. El 28 de julio de 2016, el agente del Ministerio Público titular de la Unidad de Investigación No. 2 con detenido de la Agencia Investigadora IZP-8 en la Fiscalía Desconcentrada de Investigación en Iztapalapa, inició carpeta de investigación por el delito de homicidio-homicidio culposo por otras causas, al 28 de diciembre de 2016, continuaba en integración.

148. El 29 de julio de 2016, en el dictamen de necropsia, la perito médico forense adscrita al INCIFO concluyó que la Víctima 11 falleció de las alteraciones viscerales y tisulares causadas en los órganos interesados por asfixia por ahorcamiento. A su vez, personal médico de esta CDHDF concluyó que la causa de muerte de la Víctima 11 fue una ahorcadura de etiología suicida, y que las heridas cortantes que presentaba fueron autoinfligidas, probablemente con la navaja encontrada en el lugar de los hechos.
149. El 11 de agosto de 2016, Carlos Vázquez Valencia, Encargado de la Subdirección de Seguridad en el RPVO, informó a esta CDHDF que no se cuenta con cámaras de seguridad en la zona 7 del Centro de Diagnóstico, Ubicación y Determinación de Tratamiento.
150. La Víctima 11 era hijo de la Víctima indirecta 22 y padre de la Víctima indirecta 21, con quienes mantenía una estrecha relación. Antes de su ingreso al centro penitenciario se mostraba pendiente de sus necesidades, tanto económicas como afectivas.

Caso 12, expediente: CDHDF/II/121/GAM/10/P3185

Víctima 12

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

151. La Víctima 12, hombre de 35 años de edad, se encontraba privado de su libertad desde el 29 de abril de 2004, cumpliendo una pena de prisión en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte (RPVN), asignado al dormitorio 6, zona 4, estancia 11. El 5 de mayo de 2010, se quitó de la vida.
152. El 28 de junio de 2004, el trabajador social Jesús Ibarra B., adscrito a la entonces Dirección General de Reclusorios y Centros de Readaptación Social, señaló como plan social para la Víctima 12, tratamientos auxiliares para prevenir cualquier riesgo de farmacodependencia. Al día siguiente, ante la psicóloga María Eugenia de la misma Dirección, la Víctima 12 negó antecedentes de consumo de sustancias, la impresión diagnóstica fue personalidad pasivo-agresiva con elementos antisociales y sugirió como tratamiento la asistencia a pláticas. Sin embargo, no obra constancia de que se haya realizado lo anterior.

153. El 30 de octubre de 2007 le fue practicado otro estudio psicológico, en el que se identificaron sus antecedentes de consumo de sustancias tóxicas, con remisión sostenida, y se sugirió como tratamiento centro escolar, bolsa de trabajo y grupo de farmacodependencia, sin que obre constancia de su participación en tales actividades; incluso tres personas privadas de la libertad que habitaban la misma estancia refirieron que la Víctima 12 consumía cocaína. En los estudios toxicológicos practicados a la Víctima 12 se concluyó que, al momento de perder la vida, presentaba intoxicación etílica grave y en su sangre se encontraban presentes metabolitos provenientes de consumo de cocaína.
154. El 5 de mayo de 2010, a las 22:00 horas, la Víctima 12 pasó lista en el dormitorio 6 donde se encontraba asignado. Alrededor de las 23:10 horas, la Víctima 12, se encontraba realizando una comisión de “estafeta” para notificación en el Juzgado 39 Penal, en la zona de los juzgados del RPVN. A las 23:40 horas del mismo día, durante un rondín realizado, debido a la presencia de seis personas privadas de la libertad en uno de los juzgados, Carmelo Avilés Martínez y Daniel Gamero Ramírez, técnicos en seguridad del RPVN de servicio en los túneles de juzgados, encontraron en el acceso 9-10 a la Víctima 12, amarrado del cuello a una reja sin signos vitales, por lo que procedieron a notificar el hallazgo a su superioridad quien se presentó en el lugar, y posteriormente, a las 0:00 horas del 6 de mayo, solicitaron la presencia de personal adscrito a la Unidad de Servicio Médico del RPVN.
155. Entre las 0:10 y 0:15 horas del 6 de mayo de 2014, Rodolfo Sánchez Colín, médico de guardia de la Unidad de Servicios Médicos del RPVN, llegó a la zona de túneles de los juzgados, donde encontró a la Víctima 12, pendiendo con las piernas en semiflexión, atado del cuello de una reja con un cinturón de lona. Por lo que, Rodolfo Sánchez Colín a las 00:20 horas, declaró que la Víctima 12 se encontraba clínicamente muerto.
156. El 6 de mayo de 2010, el agente del Ministerio Público de la Unidad de Investigación 3 en la Coordinación Territorial GAM-1 de la Fiscalía Desconcentrada en GAM de la PGJ, inició averiguación previa por el delito de homicidio. El 29 de abril de 2011, se aprobó el No Ejercicio de la Acción Penal, por no acreditarse el cuerpo del delito.
157. En la necropsia practicada el 7 de mayo de 2010 a las 19:00 horas, por peritos médico forenses del entonces SEMEFO, se señaló como causa del fallecimiento

“alteraciones viscerales y tisulares mencionadas, causadas en los órganos interesados por la asfixia por ahorcamiento”. Asimismo, el 2 de octubre de 2010, la médica legista adscrita a la Secretaría de Salud del entonces Distrito Federal, señaló que las lesiones encontradas en el cuerpo de la Víctima 12 fueron ocasionadas por asfixia por ahorcamiento, por un agente constrictor alrededor del cuello y que se encontraba sujeto a un punto fijo. Asimismo, señaló que no presentaba lesiones típicas de lucha, defensa y/o forcejeo y sus ropas no tenían huellas de desgarres o descosaduras.

158. A su vez, personal médico de la CDHDF concluyó que las lesiones que se observaron en el cuerpo de la Víctima 12, eran propias del agente constrictor y por el movimiento que el cuerpo presenta por la falta de aire, sin que se apreciaran huellas de lesión por maniobras de defensa, lucha y forcejeo. Finalmente, el perito en criminalística de campo, adscrito a la PGJ, en su dictamen sobre mecánica de hechos de 23 de enero de 2011, concluyó que el fallecimiento de la Víctima 12 ocurrió por una asfixia por ahorcadura de origen suicida.
159. Finalmente, el 11 de febrero de 2011, se acordó elaborar y remitir un desglose de todas y cada una de las actuaciones que conforman la indagatoria, a la Fiscalía para la investigación de los delitos cometidos por Servidores Públicos, con la finalidad de que se investigaran los hechos que resultaran de su competencia.

Caso 13, expediente: CDHDF/III/122/GAM/12/P0178

Víctima 13

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

160. La Víctima 13 era un hombre de 19 años de edad, que se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte (RPVN), en prisión preventiva, desde el 2 de diciembre de 2011. El 10 de enero de 2012 se quitó la vida.
161. Cabe mencionar que el 10 de diciembre de 2011, la Víctima 13 señaló ante personal del RPVN que vivía en un grupo de alcoholicos anónimos y el 15 de diciembre de 2011, durante su valoración psicológica, el servicio de psicología del RPVN identificó su consumo habitual de sustancias tóxicas, señalando como tratamiento sugerido, grupo de alcoholicos anónimos y farmacodependencia. El 8 de enero de 2012, la Víctima 13 pasó del C.O.C. al Dormitorio Anexo 6, zona 2,

estancia 2 (población). Personal de custodia mencionó que la Víctima 13 presentaba signos de depresión.

162. A las 17:00 horas del 10 de enero de 2012, la Víctima 13 pasó lista en su dormitorio. Posteriormente, en el pase de lista de las 21:00 horas, Ángel Corona Ladrón de Guevara, técnico en seguridad en servicio en el dormitorio D-6-A, se percató que la Víctima 13 no se encontraba al interior del dormitorio, por lo que procedió a buscarlo en las instalaciones e informar a su superioridad. De manera simultánea, Norberto M. Valencia y Luis Ferreira Chávez, técnicos en seguridad en servicio en el dormitorio D-5, se encontraban realizando el pase de lista, cuando personas privadas de la libertad les informaron que en la parte trasera del Comedor 5, el cual es utilizado como taller y también se encontraba bajo su guardia, se encontraba la Víctima 13 sentada, amarrado del cuello, con un lazo de plástico fijado a los barrotes de la reja de una ventana.
163. Los técnicos en seguridad inmediatamente comprobaron lo anterior, observaron que la Víctima al parecer no presentaba signos vitales y a las 21:10 horas solicitaron la presencia de personal médico de la Unidad de Servicios Médicos del RPVN, quienes llegaron aproximadamente cinco minutos después. El médico en turno, encontró a la Víctima 13 sentado en el suelo con un lazo de nylon alrededor del cuello, con nudo posterior, sujeto a la barra de protección de una ventana del taller D5. A la revisión, determinó que no presentaba signos vitales. Posteriormente, se solicitó la presencia de todos los encargados de los diferentes dormitorios a fin de conocer la identidad de la persona fallecida, por lo que Ángel Corona Ladrón de Guevara, técnico en seguridad comisionado en el dormitorio D-6-A, identificó a la Víctima 13.
164. El 10 de enero de 2012 a las 22:45 horas, el Perito en Criminalística de Campo de la PGJ, determinó que la Víctima 13 había fallecido en el lugar del hallazgo a raíz de una ahorcadura en suspensión incompleta por lazo de plástico, sin haber realizado maniobras de lucha, defensa o forcejeo previo a su muerte. A su vez, en el dictamen de necropsia de 12 de enero de 2012, realizado por peritos médicos forenses adscritos al SEMEFO, concluyeron que la Víctima 13 falleció de asfixia por ahorcamiento mientras se encontraba bajo los influjos de marihuana. Asimismo, personal médico adscrito a la Coordinación de Servicios Médicos y Psicológicos de la CDHDF, concluyó que la causa de muerte de la Víctima 13, es suicidio por ahorcadura.

165. Resulta importante mencionar que, de acuerdo a lo informado por Arturo Jaramillo Valadez, Encargado de la U.D. de seguridad del RPVN, al momento de los hechos, el RPVN contaba con 145 personas técnicas en seguridad y custodia, insuficientes para cubrir los diferentes puntos de la institución que contaba con 10,839 personas privadas de la libertad al 14 de agosto de 2015.
166. El 10 de enero de 2012, el Agente del Ministerio Público por Suplencia de la de la Unidad de Investigación 1 con detenido en GAM-1 de la Fiscalía Desconcentrada en Gustavo A. Madero de la PGJ, inició averiguación previa, por el delito de homicidio culposo por otras causas.

Caso 14, expediente CDHDF/II/122/IZTP/12/P4370

Víctima 14

Víctima indirecta 23 (Hija) Víctima indirecta 24 (Hijo) y Víctima indirecta 25 (Madre)

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

167. La Víctima 14, hombre de 24 años de edad, se encontraba privado de la libertad, desde el 18 de diciembre de 2008, en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, cumpliendo una pena de prisión. El 22 de octubre de 2009, fue trasladado al Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla (CERESOVA). Se encontraba ubicado en el dormitorio A, Ambulatorio B, Estancia 307. El 8 de julio de 2012, se quitó la vida.
168. Desde el 26 de octubre de 2009, Alejandra Martínez Alfaro, trabajadora social en CERESOVA, identificó sus antecedentes de consumo habitual de sustancias tóxicas y sus ingresos previos a grupos de desintoxicación, lo cual constató Alejandro Navarrete, psicólogo en CERESOVA, el 28 de octubre de 2009, y la Víctima negó continuar con el consumo de sustancias. El 29 de octubre de 2009, personal pedagogo del CERESOVA sugirió que se integrara a un curso de adicciones, y se le inscribió al Grupo de Alcohólicos Anónimos.
169. El 17 de diciembre de 2010, al elaborar su estudio criminológico, el licenciado José Antonio Domínguez, adscrito a la Dirección Ejecutiva de Prevención y Readaptación Social, identificó su dependencia grave a sustancias tóxicas, sin que obre constancia de que se le haya brindado atención al respecto. El 14 de julio de 2011, la Víctima 14 tuvo una crisis convulsiva por etiología desconocida,

presentando datos clínicos de posible intoxicación por benzodiacepinas (medicamentos psicotrópicos), así como contusión en la mejilla, siendo atendido por el doctor Rodrigo Guerrero Espinosa, de la unidad médica del CERESOVA, quien le prescribió tratamiento para la contusión. El 14 de mayo de 2012, la Víctima volvió a negar el consumo de sustancias tóxicas, sin embargo, al momento de quitarse la vida, el 8 de julio de 2012, tenía presencia de metabolitos de cocaína en la sangre.

170. El 8 de julio de 2012, aproximadamente a las 17:15 horas, una persona privada de la libertad solicitó a Marcelino Soto Rangel, técnico en seguridad responsable de la guardia en el dormitorio A, que subiera al tercer nivel del mismo, mientras que otra persona privada de la libertad le manifestó que había una persona colgada. El técnico en seguridad halló la entrada del baño cubierta con una cobija como cortina. Al recorrerla, encontró a la Víctima 14 suspendido de un cable eléctrico que pasa por una ventila del muro y atado a la plancha de concreto, y vía radio dio aviso a Pedro Ubaldo Villanueva, técnico en seguridad, supervisor del dormitorio, quien a su vez dio aviso a Mario Márquez López, Subdirector de Seguridad. Éste último solicitó apoyo del paramédico del CERESOVA, quien se presentó junto con el doctor Fabián Ernesto Cruz Villaseñor, médico de guardia en el centro de reclusión, a las 17:40 horas, e indicaron que la Víctima 14 ya no presentaba signos vitales.
171. El 8 de julio de 2012, un perito en criminalística de campo adscrito a la PGJ, concluyó que la Víctima 14 no realizó maniobras de defensa, lucha y/o forcejeo, momentos previos a su fallecimiento; que el agente constrictor fue el cable eléctrico localizado en el cuello, y que por la atadura, se puede determinar que la Víctima introdujo la cabeza para dejarse suspender. A su vez, el personal médico de esta CDHDF, concluyó que los datos médicos son consistentes con un caso de suicidio por ahorcamiento. En el dictamen de necropsia de 9 de julio de 2012, los peritos médicos forenses adscritos al entonces SEMEFO, concluyeron que la causa de muerte fue asfixia por ahorcamiento.
172. El 8 de julio de 2012, el Agente del Ministerio Público adscrito a la Agencia investigadora IZP-10 de la Fiscalía Desconcentrada en Iztapalapa, dio inicio a la averiguación previa FIZP/IZP-10/T3/01494/12-07 por el delito de homicidio culposo por otras causas. El 10 de noviembre de 2012, el Licenciado Rubén Tapie Ledesma, Agente del Ministerio Público, adscrito a IZP-10, propuso la consulta de No Ejercicio de la Acción Penal definitivo, por faltar elementos que integran la

descripción del tipo penal. Sin embargo, el 30 de agosto de 2013, la Coordinación de Agentes del ministerio Público, auxiliares del procurador, objetó la propuesta, por encontrarse pendiente de practicar diversas diligencias, entre ellas, solicitar la intervención pericial para la práctica de la mecánica de lesiones, así como llevar a cabo la identificación de la persona fallecida. Al 11 de marzo de 2015, la averiguación previa continuaba en integración.

173. El 11 de septiembre de 2012, personal de la Subdirección de Seguridad del Centro de Readaptación Social informó que contaban con 3 custodios para realizar el pase de lista y efectuar rondines constantes en todo el dormitorio A, en el que se encontraban ubicadas 290 personas privadas de la libertad. Asimismo, señaló que no se contaba con cámaras de circuito cerrado en el lugar.
174. La Víctima 14, al momento de su fallecimiento contaba con dos hijos, Víctimas indirectas 23 y 24 y recibía la visita constante de su madre, Víctima indirecta 25, de quien dependía económicamente.

Caso 15, expediente CDHDF/III/121/GAM/13/ P1425.

Víctima 15

Víctima Indirecta 26 (Madre)

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

175. La Víctima 15, hombre de 28 años de edad, se encontraba privado de la libertad, cumpliendo una pena de prisión, en el dormitorio 4-4-12, al interior del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente (RPVO), desde el 15 de abril de 2012. El 27 de febrero de 2013, se quitó la vida.
176. El 27 de febrero de 2013, a las 10:25 horas, una persona privada de la libertad comisionada a la limpieza de los baños del dormitorio Anexo 4, informó a José A. Ortega Carrasquero, técnico en seguridad del segundo grupo, a cargo de la guardia de ese dormitorio, que en las regaderas del área de patio de la estancia 4, se encontraba la Víctima 15, colgado de una agujeta. Por lo que el técnico en seguridad acudió a verificar los hechos y solicitó apoyo del personal de la Cruz Roja, quienes constataron que la Víctima 15 ya no tenía signos vitales. Posteriormente, el técnico en seguridad solicitó apoyo del servicio médico del RPVO.

177. A las 11:05 horas del mismo día, la doctora de la unidad médica del RPVO, informó haber encontrado el cuerpo de la Víctima 15, atado del cuello con una agujeta hacia la tubería con dos nudos, arrodillado, sin respuesta a estímulos, y con ausencia de pulsos radiales. Asimismo, asentó que la Víctima 15 vestía un par de tenis a los cuales les faltaba una agujeta.
178. En su dictamen pericial de 27 de febrero de 2013, a las 14:15 horas, un perito en criminalística adscrito a la PGJ, concluyó que, de acuerdo a la posición en que se había encontrado el cuerpo y al no observarse sobre la superficie corporal algún tipo de lesión que fuera compatible con maniobras de lucha, defensa y forcejeo, el objeto constrictor provenía del tenis izquierdo de la Víctima 15.
179. Los peritos médicos forenses adscritos al INCIFO, señalaron en la necropsia realizada el 28 de febrero de 2013, a las 0:50 horas, que la Víctima 15 había fallecido a causa de alteraciones viscerales y tisulares, causadas en los órganos interesados por asfixia por ahorcamiento clasificada de mortal. Esta determinación fue ratificada posteriormente en el dictamen médico forense realizado por un perito médico forense adscrito a la Secretaría de Salud, el 11 de agosto de 2013.
180. Asimismo, el 4 de septiembre de 2013, un perito en criminalística adscrito a la PGJ, a partir del estudio de los dictámenes de medicina forense, criminalística y necropsia realizados previamente a la Víctima 15, determinó que ésta realizó las maniobras de amarre y suspensión, provocándose asfixia por ahorcamiento, en el área de regaderas de las cuales observó que no son utilizables para tal fin. Personal médico de esta Comisión determinó que la causa de muerte fue asfixia por ahorcamiento con una etiología suicida.
181. Por su parte, el 18 de abril de 2013, Eduardo Villa Aviña, Jefe de Unidad Departamental de Seguridad adscrito a la Subdirección de Seguridad del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, informó a esta CDHDF que, debido a la falta de Personal Técnico de Seguridad, la cantidad de traslados que se realizan del RPVO a los Juzgados al exterior del mismo, así como a diversos nosocomios por eventualidades médicas, en ocasiones solamente se cuenta con un elemento de seguridad para la guarda y custodia de las personas privadas de la libertad. No obstante, el Personal Técnico en Seguridad comisionado al servicio de rondín tiene que realizar la guarda y custodia en todo momento y en todo el Reclusorio. Informó que tampoco se cuenta al interior de la Estancia 4 con cámaras de vigilancia.

182. El 27 de febrero de 2013, el Agente del Ministerio Público adscrito a la Unidad Investigadora 3 con detenido de la Coordinación Territorial Iztapalapa 8 de la PGJ, inició averiguación previa por el delito de homicidio doloso por ahorcamiento. El 29 de noviembre de 2013, el Agente del Ministerio Público adscrito a la Coordinación Territorial Iztapalapa 8 de la PGJ, acordó el No Ejercicio de la Acción Penal, por no configurarse los elementos del tipo penal de homicidio doloso por ahorcamiento en contra de la Víctima 15.
183. La Víctima 15 realizaba actividades laborales en un taller del centro de reclusión, de donde obtenía ingresos económicos que ayudaban al sostenimiento de su madre, Víctima indirecta 26.

Caso 16, expediente CDHDF/III/122/GAM/15/P4718

Víctima 16

Víctima Indirecta 27 (Madre)

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

184. Víctima 16, hombre de 34 años de edad, con discapacidad psicosocial, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte, desde el 27 de octubre de 2010, cumpliendo una pena de prisión. Antes de ingresar a reclusión, vivía en situación de calle. El 1 de agosto de 2015, se quitó la vida.
185. Cabe resaltar que, el 10 de enero de 2012, como una medida de seguridad institucional, fue trasladado del RPVN al CEVAREPSI, luego de que intentara suicidarse suspendiéndose de una cuerda. El 10 de abril de 2012, fue trasladado nuevamente al RPVN, por alta médica.
186. Desde el 23 de abril de 2012, el servicio de psiquiatría del RPVN lo diagnosticó con trastorno psicótico, retraso mental superficial, trastorno límite de la personalidad y uso nocivo de sustancias psicóticas; se tuvo conocimiento de sus antecedentes de intentos de suicidio y autolesiones desde la niñez; le prescribieron medicamento psiquiátrico. El 13 de octubre de 2013, personal de psiquiatría lo diagnosticó con distimia, dependencia a múltiples sustancias psicoactivas y trastorno de la personalidad mixto; identificó que la Víctima 16 presentaba sentimientos crónicos de tristeza, desesperación y anhedonia, percepción continua de abandono con múltiples episodios de autolesiones e

intentos suicidas. Se le prescribió y administró tratamiento medicamentoso, sin embargo, el 14 de enero de 2014, fue nuevamente valorado psiquiátricamente, siendo diagnosticado con trastorno depresivo recurrente, abuso de sustancias psicoactivas y trastorno de la personalidad emocionalmente inestable. El 8 de septiembre de 2014, fue valorado por el servicio de psicología, el cual identificó en la Víctima 16 tendencias suicidas recurrentes, autolesiones, con probable daño orgánico cerebral, antecedentes de consumo de sustancias e impresión diagnóstica de trastorno de la personalidad límite, con ideación paranoide, episodios micropsicóticos, esquizofrenia ambulatoria, acompañada de episodios depresivos, reflejados en intentos suicidas recurrentes y autolesiones.

187. El tratamiento sugerido fue seguimiento psiquiátrico, psicológico y medicamentoso. Durante su privación de la libertad en el RPVN, fue atendido en 21 ocasiones, por personal de psiquiatría del RPVN, y en 9 ocasiones por el Servicio de Urgencias, debido a autolesiones.
188. Al respecto, en 2011, fue ingresado a urgencias por autolesionarse. En abril y septiembre de 2012, mayo, julio y agosto de 2013, enero, septiembre y noviembre de 2014 y abril de 2015, fue amonestado por el Consejo Técnico por autolesionarse. En 3 de estas ocasiones, además fue reubicado en el dormitorio de psiquiatría, el 15 de mayo y el 2 de julio de 2013 y el 9 de enero de 2015.
189. El 7 de abril de 2015, Pedro Urzúa Contreras y Sergio Gutiérrez Tenorio, técnicos en seguridad comisionados en el dormitorio 2 donde se encontraba la Víctima 16 en ese momento, lo encontraron en posesión de un cuchillo con el cual se había autoagredido, a pesar de que se trataba de un objeto prohibido al interior del centro, específicamente en las estancias, por lo que fue atendido en la Unidad Médica y sancionado con 9 días en el dormitorio D-1. El 1 de mayo de 2015, personal de psiquiatría señaló que la Víctima 16 requería seguimiento por psiquiatría, ya que al consumir sustancias o enfrentarse a estresores ambientales, reaccionaba autolesionándose. El 16 de junio de 2015, el servicio de psiquiatría señaló como plan de tratamiento que la Víctima 16 podía volver al área de población general, además de tomar sus medicamentos. Fue valorado psiquiátricamente por última ocasión el 13 de julio de 2015, reiterando el diagnóstico psiquiátrico e indicando el mismo tratamiento a base de medicamentos.

190. El 1 de agosto de 2015, la Víctima se encontraba ubicada en el dormitorio anexo 7, zona 2, estancia 8, área del programa SICAVI. A las 5:40 horas, mientras que el técnico en seguridad Manuel Alfonso Prieto García, comisionado en el dormitorio anexo 7, se encontraba abriendo las estancias, una persona privada de la libertad de la zona 2, estancia 8, le gritó que la Víctima 16 se había colgado. Al dirigirse a la estancia, el técnico en seguridad se encontró a la Víctima sentado, recargado entre su camarote y los barrotes de la celda, atado del cuello con una cinta plástica azul. En ese momento, las personas privadas de la libertad que compartían estancia con la Víctima informaron al técnico en seguridad que, al percatarse de la situación, cortaron la cinta para ayudar a la Víctima 16, sin embargo éste ya no presentaba signos vitales. A las 6:09 horas del mismo día, se le informó de los hechos a la médico Dulce Citlali Cornejo Rodríguez, adscrita a la Unidad Médica del RPVN, acudiendo en ese momento al lugar, por lo que al revisar a la Víctima 16, lo encuentra sin signos vitales, declarando como causa de muerte asfixia por ahorcadura.
191. En su dictamen de 1 de agosto de 2015, el perito en criminalística de campo adscrito a la PGJ, concluyó que momentos antes de su muerte, la Víctima 16 no realizó maniobras de lucha, defensa o forcejeo, y que la lesión en el cuello corresponde a una asfixia por ahorcamiento. Finalmente, el personal médico de la CDHDF concluyó que la causa de muerte fue ahorcadura por asfixia de etiología médico legal suicida, y que el consumo de alcohol fue un factor que pudo contribuir a la causa de muerte, sobre todo por los antecedentes psiquiátricos de la Víctima 16.
192. El 1 de agosto de 2015, alrededor de las 10:30 horas, el personal del RPVN dio aviso de los hechos vía telefónica a la Agencia del Ministerio Público GAM-1 de la PGJ, por lo que se inició averiguación previa por el delito de homicidio-homicidio doloso por ahorcamiento.
193. El 30 de septiembre de 2015, el licenciado Francisco Armand Cárdenas Saldaña, Agente del Ministerio Público de la Fiscalía Desconcentrada GAM-1 de la PGJ, propuso el No Ejercicio de la Acción Penal, considerando que el denunciante no aportó más elementos de prueba, por lo que estaba imposibilitado para ejercitar acción penal.
194. El 2 de agosto de 2015, el perito médico forense adscrito al INCIFO dictaminó en la necropsia que la causa de muerte había sido asfixia por ahorcamiento. El 14 de

agosto de 2015, el perito en química forense del INCIFO, concluyó que la Víctima 16 presentaba alcohol etílico en la sangre en una proporción de 65/100 mililitros al momento de su muerte. El 5 de septiembre de 2015, peritos médicos forenses adscritos al INCIFO, en la ampliación del dictamen de necropsia señalaron que la presencia de alcohol en la sangre de la Víctima 16 era irrelevante al momento de su muerte; sin embargo, el personal médico de la CDHDF precisó que es posible que en vida la Víctima 16 tuviera una dosis letal pero con sobrevivencia en coma de varias horas, por lo que la alcoholemia podría bajar a cifras no letales.

195. La Víctima 16 contaba con apoyo económico y visita semanal de su madre, Víctima indirecta 27.

Caso 17, expediente CDHDF/III/121/GAM/12/P6377

Víctima 17

Víctima indirecta 28 (Madre)

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

196. La Víctima 17, hombre de 38 años de edad, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte, desde el 22 de noviembre de 2008, cumpliendo una pena de prisión, asignado al dormitorio A5-4-4 y comisionado como asesor de artesanía urbana. El 4 de octubre de 2012, se quitó la vida.
197. Cabe resaltar que, desde el 3 de diciembre de 2008, el licenciado José Luis Osnaya de la Dirección Ejecutiva de Prevención y Readaptación Social se percató del uso habitual, abuso y dependencia graves de la Víctima 17 a sustancias tóxicas, persistiendo su consumo al interior del RPVN. Al respecto, en su declaración ministerial de 5 de octubre de 2012, una testigo manifestó que la Víctima 17 comenzó a consumir drogas en el RPVN desde hace 9 meses, lo que provocó que en los últimos tres meses tuviera muchas deudas en interior del mismo Centro.
198. Asimismo, la Víctima 17 tuvo dos intentos suicidas al interior del reclusorio, el último de ellos el 2 julio de 2012, cuando intentó ahorcarse con una agujeta y se infirió autolesiones en las muñecas, estando bajo el influjo de drogas. Además, presentaba agitación psicomotriz, por lo que el psiquiatra Galindo, en el RPVN, le diagnosticó síndrome de abstinencia a drogas, y permaneció en observación con sujeción gentil por cuatro extremidades y tórax, se le suministró solución

electrolítica y medicamentos psiquiátricos. La Víctima 17 le refirió a la psiquiatra que consumía drogas por problemas con su pareja, que presentaba sentimientos de tristeza e ideas suicidas, por lo que continuó en observación con valoración cada dos horas. Más tarde el mismo día, el médico Gerardo I. Trejo Roque adscrito a la Unidad Médica del RPN, lo dio de alta por mejoría, con cita el día siguiente en psiquiatría, sin que conste que se haya presentado.

199. Ese mismo día, el Comité Técnico Interdisciplinario determinó canalizar a la Víctima 17 a tratamientos auxiliares y psicología, a partir del 11 de julio de 2012, sin que haya registro de que en algún momento se le brindara la atención y el tratamiento. A su vez, el 1 de octubre de 2012, el trabajador social Miguel Z. C. de la Dirección Ejecutiva de Prevención y Readaptación Social, refirió a la Víctima 17 al Grupo de Alcohólicos Anónimos y grupo de atención y tratamiento contra las adicciones, así como a cursos de proyecto de vida. Sin embargo, no consta que la Víctima 17 se haya incorporado a tales grupos.
200. El 4 de octubre de 2012, los técnicos en seguridad Sergio Ríos Cruz, Rubén García Cuéllar y Ulises Contreras Juárez se encontraban comisionados al dormitorio anexo 5, y a las 13:00 horas, la Víctima 17 pasó lista. Aproximadamente a las 17:45 horas, mientras el técnico en seguridad, Sergio Ríos Cruz, pasaba nuevamente lista, el técnico Ulises Contreras se percató que una persona se había ahorcado en el camarote 5-4-4, por lo que se dirigieron al mismo. Al llegar, encontraron a la Víctima 17 sobre su cama, pendiendo de una cuerda color verde de nylon sujeta a un clavo, por lo que a las 17:55 horas, dieron aviso a la Unidad Médica del Centro, y acudió la médico adscrita a la Unidad Médica del RPN, quien constató que la Víctima 17 no presentaba signos vitales y se encontraba pendiendo de una cuerda color verde, junto con una nota póstuma. A las 18:10 horas se declaró clínicamente la muerte de la Víctima 17.
201. El 4 de octubre de 2012, un perito en criminalística adscrito a la PGJ detalló que la nota póstuma que se encontró junto al cuerpo de la Víctima 17 manifestaba “no culpen a nadie de mi muerte yomismo (sic) lo x que tengo deudas de draga (sic), x mi adicción que tengo de la piedra no encuentro salida y no quiero seguir aciendo (sic) sufrir a mi familia [...]”. Asimismo, el perito concluyó que la Víctima 17 no realizó maniobras de lucha, defensa y/o forcejeo y que la causa de muerte fue asfixia por ahorcamiento. A su vez, el 5 de octubre de 2012, peritos médicos forenses adscritos al INCIFO, dictaminaron que la Víctima 17 falleció de asfixia por ahorcamiento. Finalmente, el personal médico de la CDHDF concluyó que la

causa de muerte de la Víctima 17 fue asfixia por ahorcadura, de etiología suicida, y resaltó que la Víctima 17 cursaba un trastorno del estado de ánimo con pronóstico pobre, que se deteriora por el consumo de sustancias tóxicas.

202. Cabe resaltar que el 9 de septiembre de 2011 y el 10 de mayo de 2012, el Consejo Técnico Interdisciplinario autorizó a la Víctima 17 que su hermano y/o su concubina ingresaran cuatro metros de cordón de plástico y carretes de hilos encerados de varios colores, para que impartiera su curso de artesanía urbana en el Centro de Capacitación “Leona Vicario”. Asimismo, en la inspección ministerial de 4 de octubre de 2012, se observó que cada espacio de la estancia tenía telas improvisadas como cortinas, y que la reja de la misma tenía prendas de vestir colgadas también como cortinas, a pesar de los intentos previos de suicidio de la Víctima 17.
203. Además, el 25 de agosto de 2015, Mario Márquez López, Subdirector de Seguridad del RPN, informó que el día de los hechos, el dormitorio anexo 5 contaba con una población de 1,172 personas privadas de la libertad, y sólo 3 técnicos en seguridad asignados a la guardia, enfatizando que los 148 elementos de los tres grupos de Seguridad con los que contaba el RPN eran insuficientes para realizar la custodia de las 10,882 personas privadas de la libertad en el RPN al 25 de agosto de 2015, teniendo sólo 48 elementos asignados a la custodia de los 18 dormitorios, módulo de máxima seguridad y área de servicio médico.
204. El 4 de octubre de 2012, el agente del Ministerio Público de la Fiscalía Desconcentrada GAM-1 de la PGJ inició averiguación previa, por el delito de homicidio-homicidio doloso por otras causas.
205. Durante el tiempo que permaneció privado de libertad la Víctima 17 recibió la visita mensual de su madre, Víctima indirecta 28.

Caso 18, expediente: CDHDF/II/121/IZP/14/P1995

Víctima 18

Víctima indirecta 29 (Madre)

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

206. La Víctima 18 era un hombre de 28 años, que vivía con discapacidad psicosocial, y se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte, desde el 14 de febrero de 2011, cumpliendo una pena de prisión. El 9 de septiembre de 2011, fue trasladado a la Penitenciaría del Distrito Federal, donde el 24 de marzo de 2014 se quitó la vida.
207. Desde su ingreso a la Penitenciaría, personal de la Dirección Ejecutiva de Prevención y Readaptación Social identificó antecedentes de autolesiones de la Víctima 18, su consumo habitual y dependencia grave a sustancias tóxicas desde temprana edad, señalando como plan social, su incorporación a cursos y terapias. Sin embargo, José Manelik Miranda Díaz, Coordinador del Programa de Adicciones de la Penitenciaría del Distrito Federal, informó que no existe registro de que la Víctima 18 haya tomado el tratamiento primario o algún tipo de consejería dentro del programa, y al menos en dos ocasiones, el 22 de marzo de 2012 y el 22 de septiembre de 2013, personal médico de la unidad médica de la Penitenciaría identificó que la Víctima 18 se encontraba bajo el influjo de marihuana, sin que se tomara alguna medida al respecto. Incluso, al momento de quitarse la vida, se encontraba bajo el influjo de sustancias tóxicas.
208. Asimismo, el 20 de septiembre de 2011, consta que la Víctima 18 no acudió a su cita en psiquiatría. El 18 de febrero de 2012, fue valorado por el servicio de psiquiatría, en donde refirió antecedentes de consumo de sustancias tóxicas, viviendo en situación de calle, así como consumo actual de cocaína y psicofármacos; fue diagnosticado con trastorno psicótico secundario a consumo de sustancias, así como conductas sociopáticas, con tendencia a autoagredirse, por lo que le prescribieron tratamiento a base de medicamentos psiquiátricos. En marzo de 2013, personal de psiquiatría lo diagnosticó con trastorno disocial de la personalidad e intolerancia a la frustración, le reiteró el tratamiento, dándole cita abierta en psiquiatría. El 26 de junio de 2013, acudió al servicio de psiquiatría, donde se le diagnosticó con farmacodependencia múltiple, y se le recetaron medicamentos psiquiátricos.
209. Tres meses antes de su muerte, el 1 de enero de 2014, en su reporte de evolución, se asentó que la Víctima 18 describió episodios de ansiedad que derivaban en constantes autolesiones en antebrazos, así como dependencia a sustancias tóxicas. El 5 de enero de 2014, fue nuevamente valorado por el servicio de psiquiatría pues acudió a renovar su receta médica y refirió deseos de autolesionarse; se le indicó tratamiento con medicamentos psiquiátricos.

210. Es preciso resaltar que, previo a perder la vida, la Víctima 18 tuvo cuatro episodios de autolesiones; uno el 25 de agosto 2013, mientras se encontraba en el módulo de conductas especiales en espera a que su caso fuera revisado por el Consejo Técnico Interdisciplinario, donde se autoinfligió lesiones en la cara con un alambrón, las cuales refirió habérselas ocasionado para ser sacado de la estancia y llevado al servicio médico; otro el 13 de enero de 2014, cuando fue encontrado al interior de su dormitorio autolesionado de su brazo izquierdo; situación que se repitió el 30 de enero de 2014, y el 23 de marzo de 2014, un día antes de suicidarse.
211. Aunado a lo anterior, durante el tiempo que la Víctima 18 se encontró privada de la libertad al interior de la Penitenciaría del Distrito Federal, por decisión del Consejo Técnico Interdisciplinario, fue segregado 14 veces, en tres de ellas por 30 días, siendo reubicado de dormitorio en seis ocasiones, una de ellas por posesión de sustancias tóxicas; y fue amonestado públicamente en una ocasión por haberse autolesionado.
212. El 23 de marzo de 2014, los técnicos en seguridad, Luis Iván Becerra Esquivel y Óscar Ciro Ramo Culebro, en servicio en el dormitorio 7, aseguraron a la Víctima 18 por un supuesto robo y por alterar el orden, momento en el que se percataron que presentaba lesiones en la muñeca izquierda, las cuales fueron autoinfligidas por la Víctima 18, por lo que fue trasladado al servicio médico y el Jefe de Grupo Juan Manuel Aguirre Vera determinó que se le depositara en el D-7-4-7, en tanto resolvía el Consejo Técnico Interdisciplinario. Fue valorado a las 14:05 horas y a las 20:15 horas, por la médico adscrita a la Unidad de Servicios Médicos, sin que la Víctima 18 se dejara suturar; la médico asentó como antecedente patológico, farmacodependencia múltiple, y le indicó como tratamiento “cita en psiquiatría”, sin que conste que haya sido atendido por el servicio de psiquiatría en ese momento.
213. El 24 de marzo de 2014, aproximadamente a las 00:00 horas, mientras realizaba un recorrido de rutina al interior del dormitorio 7, Luis Iván Becerra Esquivel, técnico en seguridad en servicio en ese dormitorio, escuchó gritos por parte de personas privadas de su libertad de la zona 4. Al llegar a la estancia 7, encontró boca abajo en el suelo a la Víctima 18, con la cabeza hacia la reja y con un pedazo de cobija alrededor del cuello, sin signos vitales y con lesiones en la región de la muñeca derecha. Dos personas privadas de su libertad que compartían estancia con la Víctima 18, le mencionaron que al momento de darse cuenta de

que la Víctima 18 se encontraba amarrada de cuello y del otro extremo de la reja, lo desamarraron con la intención de salvar su vida.

214. A las 00:05 horas, arribó a la estancia 7 una persona de Protección Civil y el médico adscrito a la Unidad de Servicios Médicos de la Penitenciaría, quienes encontraron a la Víctima 18, boca abajo con una cobija amarrada muy fuerte al cuello y sin presencia de signos vitales, por lo que declararon su muerte a las 00:15 horas.
215. En el dictamen de necropsia de 24 de marzo de 2014, peritos médicos forenses del INCIFO, concluyeron que la causa de muerte de la Víctima 18, fue alteraciones viscerales y tisulares causadas en los órganos interesados por una asfixia por ahorcamiento, de clasificación mortal. El perito en criminalística de campo de la PGJ concluyó que el objeto constrictor fue el cordel de tela sujeto al cuello de la Víctima 18. Asimismo, los dictámenes periciales del INCIFO y de la PGJ, respectivamente, constataron que al momento de fallecer, la Víctima 18 se encontraba bajo los influjos de marihuana y cocaína. Finalmente, personal médico de la CDHDF concluyó que la causa de muerte de la Víctima 18 fue ahorcadura por asfixia de etiología suicida, y que el consumo de ambas sustancias tóxicas fue un factor que pudo contribuir a la causa de muerte, sobre todo, por los antecedentes psiquiátricos, autolesiones repetidas y dependencia a sustancias de la Víctima 18.
216. El 24 de marzo de 2014, el Agente del Ministerio Público en la Unidad de Investigación Tres sin Detenido de la Coordinación Territorial Iztapalapa 10 de la PGJ, inició averiguación previa por el delito de homicidio culposo (ahorcamiento). El 4 de junio de 2014, se propuso el No Ejercicio de la Acción Penal, el cual fue aprobado el 31 de julio de ese mismo año.
217. La Víctima 18 era hijo de la Víctima indirecta 29, única visita que acudía periódicamente al centro de reclusión.

Caso 19, expediente CDHDF/II/122/IZTP/15/P6044

Víctima 19

Víctima indirecta 30 (Padre)

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

218. La Víctima 19, hombre de 34 años de edad, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, cumpliendo una pena de prisión, desde el 30 de diciembre de 2013, asignado en el Módulo de Máxima Seguridad, dormitorio 10, estancia 2, zona 1, sin que cohabitara con alguna otra persona privada de la libertad. El 12 de septiembre de 2015, se quitó la vida.
219. El 12 de septiembre de 2015, alrededor de las 7:15 horas, el técnico en seguridad Francisco Navarro Martínez, de guardia en el dormitorio 10, se encontraba pasando lista, y al llegar a la estancia 2, zona 1, llamó a la Víctima 19, pero éste no contestó, por lo que el técnico en seguridad se asomó a la estancia y se percató que la Víctima 19 se encontraba pendiendo de la escalera de la cama con un cinturón atado al cuello. A las 7:20 horas, dio aviso a la Unidad Médica del RPVO, por lo que acudió el médico en guardia, quien revisó el cuerpo y señaló que no presentaba signos vitales.
220. El 13 de septiembre de 2015, peritos médicos forenses del INCIFO, dictaminaron que la Víctima 19 murió de asfixia por ahorcamiento. Asimismo, un perito en criminalística de la PGJ identificó una nota póstuma en el lugar de los hechos y concluyó que la Víctima 19 no realizó maniobras de lucha, defensa o forcejeo. A su vez, personal médico de la CDHDF concluyó que la causa de muerte de la Víctima 19 fue ahorcadura por asfixia de etiología suicida.
221. El 11 de octubre de 2015, la Subdirección de Seguridad del RPVO informó que el día de los hechos, el Módulo de Máxima Seguridad contaba con una población de 489 personas privadas de la libertad, y sólo 140 técnicos en seguridad en todo el RPVO, de los cuales 2 ó 3 técnicos en seguridad eran asignados a la guardia de los dormitorios, uno por área. Enfatizó que, el RPVO tenía una sobrepoblación del 103%, y que a causa de los traslados médicos, jurídicos y eventualidades, sólo quedaba un técnico en seguridad por dormitorio, por lo que era necesario más personal para vigilar a todas las personas privadas de la libertad.
222. El 12 de septiembre de 2015, el Agente del Ministerio Público de la Coordinación Territorial IZP-8 de la PGJ, inició la averiguación previa por el delito de homicidio-homicidio culposo por otras causas. El 29 de septiembre de 2015, el Agente del Ministerio Público en IZP-8, acordó remitir íntegramente la indagatoria a la Fiscalía Central de Investigación para Servidores Públicos, por considerar que los hechos eran probablemente constitutivos del delito de ejercicio ilegal del servicio público. El 18 de agosto de 2017, el Agente del Ministerio Público de la Fiscalía para la

Investigación de Delitos cometidos por Servidores públicos acordó la reserva de la indagatoria.

223. Durante su reclusión, la única visita constante de la Víctima 19 fue su padre, Víctima indirecta 30, quien lo proveía de dinero para sufragar sus gastos en el interior del centro de reclusión, así como de ropa y los enseres necesarios para su aseo personal.

Caso 20, expediente CDHDF/II/122/IZTP/15/P6044

Víctima 20

Víctimas indirectas 31 (Hijo) 32 (Hijo) 33 (Hijo) y 34 (Madre)

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

224. La Víctima 20, hombre de 29 años de edad, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, desde el 6 de julio de 2015, ubicado en el Centro de Diagnóstico, Ubicación y Determinación de Tratamiento, estancia 7, zona 7, en prisión preventiva. El 12 de septiembre de 2015, se quitó la vida.
225. El 12 de septiembre de 2015, alrededor de las 6:35 horas, Daniel Almazán Manjarrez, técnico en seguridad de guardia en el Centro de Diagnóstico, Ubicación y Determinación de Tratamiento, se encontraba revisando las estancias para el pase de lista. Al llegar a la estancia 7, zona 7, la Víctima 20 se encontraba pendiendo de un barrote de la reja de entrada de la estancia, con una agujeta atada al cuello. A las 6:55 horas, dio aviso a la Unidad Médica del RPVO, por lo que acudió el médico Julián Pedro Coca López, quien revisó el cuerpo de la Víctima 20 y señaló que no presentaba signos vitales.
226. El 12 de septiembre de 2015, un perito en criminalística de la PGJ dictaminó que la muerte de la Víctima 20 había ocurrido en un lapso de entre 8 y 10 horas a partir de su intervención a las 13:00 horas, es decir, a las 5:00 horas o antes; que la lesión en el cuerpo reproduce la forma de un agente constrictor y que no hay signos de maniobras de lucha y forcejeo. El 13 de septiembre de 2015, peritos en química forense de la PGJ, dictaminaron que la Víctima 20 presentaba sustancias tóxicas en la sangre al momento de su muerte.
227. Ese mismo día, peritos médicos forenses del INCIFO, dictaminaron que la Víctima 20 murió de asfixia por ahorcamiento y que se encontraba bajo el influjo de

cocaína al momento de su muerte. A su vez, personal médico de la CDHDF concluyó que la causa de muerte de la Víctima 20 fue ahorcadura por asfixia de etiología suicida, y que debe considerarse que el consumo de cocaína es un factor que pudo contribuir a la causa de muerte.

228. El 12 de septiembre de 2015, el Agente del Ministerio Público de la Coordinación Territorial IZP-8 de la PGJ, inició averiguación previa por el delito de homicidio—homicidio doloso por otras causas.
229. El 11 de octubre de 2015, la Subdirección de Seguridad del RPVO, informó que el día de los hechos, el Centro de Diagnóstico, Ubicación y Determinación de Tratamiento contaba con una población de 508 personas privadas de la libertad, y sólo 140 técnicos en seguridad en todo el RPVO, de los cuales 2 ó 3 técnicos en seguridad eran asignados a la guardia de los dormitorios, uno por área. Enfatizó que el RPVO tenía una sobrepoblación del 103%, y que a causa de los traslados médicos, jurídicos y eventualidades, sólo quedaba un técnico en seguridad por dormitorio, por lo que era necesario más personal para vigilar a todas las personas privadas de la libertad.
230. La Víctima 20 procreó tres hijos, Víctimas indirectas 31, 32 y 33. Durante su reclusión recibió la visita constante de su madre, Víctima indirecta 34.

Caso 21, expediente CDHDF/II/121/GAM/14/P6592

Víctima 21

Víctima indirecta 35 (Hijo) 36 (Hijo) y 37 (Concubina)

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

231. La Víctima 21, hombre de 52 años de edad, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte, desde el 14 de mayo de 2006, cumpliendo una pena de prisión. El 17 de noviembre de 2014, la Víctima 21 se quitó la vida.
232. A su ingreso, el personal técnico psicólogo diagnosticó a la Víctima 21 con personalidad paranoide con elementos antisociales, y el 6 de septiembre de 2012, se le prescribió tratamiento para la depresión y terapia psicológica individual. Sin embargo, el 15 de octubre de 2014, el personal técnico del RPVN recomendó que

la Víctima 21 fuera ubicada en un área con medidas de seguridad para salvaguardar su integridad y la de terceros, por lo que fue reubicada del dormitorio 7-3-3 al dormitorio 8-1-6, por diagnóstico evolutivo desfavorable y consiguientes sentencias por compurgar.

233. A las 11:50 horas del 17 de noviembre de 2014, una persona privada de la libertad le solicitó a Luis Gorgonio Martínez Bárcenas, Técnico en Seguridad del RPVN, a cargo de la guardia del dormitorio 10 Bis, que acudiera a la tienda, donde encontró a la Víctima 21 pendiendo de los barrotes del baño del dormitorio 10 Bis, zona 2, estancia 7, con un cordón en el cuello. El Técnico en Seguridad informó a la Subdirección de Seguridad, la cual le indicó que informaría al Servicio Médico del RPVN.
234. A las 12:15 horas, la doctora comisionada en el Servicio Médico del RPVN, se trasladó al baño del dormitorio 10 Bis, determinó que la Víctima 21 ya no presentaba signos vitales, señaló como hora de muerte las 12:20 horas y como probable causa de muerte, asfixia secundaria por ahorcamiento. Asimismo, asentó que en el surco alrededor del cuello se encontraba un lazo de material aparentemente de nylon negro con un nudo.
235. Peritos médicos adscritos al INCIFO, concluyeron que la Víctima 21 falleció de asfixia por ahorcamiento. Por su parte, al realizar la mecánica de hechos y la mecánica de lesiones, peritos en criminalística de campo y medicina forense de la PGJ concluyeron que los hechos se presentan en maniobras de suicidio, que la Víctima 21 no realizó maniobras de lucha, defensa o forcejeo y que el surco que presenta en el cuello fue ocasionado por asfixia por ahorcamiento por un agente constructor sujeto a un punto fijo. Asimismo, personal médico de la CDHDF concluyó que la Víctima falleció mediante una ahorcadura por asfixia de etiología suicida.
236. Por lo anterior, la averiguación previa iniciada por el delito de homicidio culposo por otras causas fue determinada con el No Ejercicio de la Acción Penal.
237. La Víctima 21 estaba comisionado como ayudante en la tienda del dormitorio 10 Bis desde el 20 de octubre de la cual obtenía ingresos económicos con los que apoyaba a su pareja Víctima indirecta 37, quien lo visitaba constantemente, así como a los hijos que había procreado en una relación anterior, Víctimas indirectas 35 y 36.

Caso 22, expediente CDHDF/III/121/XOCH/17/P3335

Víctima 22

Víctima indirecta 38 (Madre)

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

238. La Víctima 22, mujer de 25 años de edad, vivía con discapacidad psicosocial y se encontraba privada de la libertad desde el 27 de diciembre de 2011, cumpliendo una pena de prisión. En esa fecha ingresó al CFRSSMA, y el 28 de diciembre de 2011 fue trasladada al CFRST, donde a su ingreso fue clasificada en el área de psiquiatría, siendo ubicada en el dormitorio 3, estancia 14, con dos mujeres más. La Víctima 22 laboraba en el área de cocina y el 4 de abril de 2017, se quitó la vida.
239. La Víctima 22 recibía atención psicológica cada ocho días en la Torre Médica Tepepan, además de ingresar al PAICA e incorporarse en abril de 2014 al grupo de prevención de recaídas, desistiendo el 9 de abril de 2015. El 14 de julio de 2015, volvió a ingresar al programa residencial, concluyéndolo satisfactoriamente. Sin embargo, en enero de 2017, personal de trabajo social y de psicología del CFRST tuvo conocimiento de su uso habitual, abuso grave y dependencia grave de sustancias tóxicas, cicatrices por autolesiones, e intentos suicidas, con impresión diagnóstica “personalidad histriónica” y pronóstico reservado. El tratamiento sugerido fue seguimiento psiquiátrico y sensibilización psicológica.
240. El 23 de enero de 2017, la Víctima 22 fue valorada por el servicio de psiquiatría del Hospital General Torre Médica Tepepan, en donde se le diagnosticó con dependencia a múltiples sustancias en remisión total temprana, alto riesgo de recaída, y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo, presentando intensos sentimientos de culpa por el delito imputado. Se le prescribió tratamiento medicamentoso y apoyo psicoterapéutico.
241. El 10 de marzo de 2017, la Víctima 22 nuevamente fue valorada por el servicio de psiquiatría de la Torre Médica Tepepan, por conductas autolesivas, donde se identificó su consumo de sustancias tóxicas, dos antecedentes de intento de suicidio y autolesiones, así como ideas de muerte ocasionales. Se le diagnosticó con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, trastorno depresivo mayor episodio actual leve y uso y abuso de múltiples sustancias, por lo que se le

prescribió medicamento, vigilancia y cita en dos semanas para revaloración de ajustes.

242. El 4 de abril de 2017, aproximadamente a las 15:00 horas, el Supervisor de Gobierno en la cocina de población (que se encuentra en el sótano), Rodrigo Vázquez Cabrera, regresó a la misma después del reparto de alimentos, y al tratar de entrar al sanitario, vio que estaba ocupado. Una persona almacenista le comentó que la Víctima 22 aún no regresaba de tomar su medicamento y que el baño estaba ocupado, pero nadie contestaba, por lo que después de verificar tal situación, el Supervisor decidió abrir el baño, en donde encontró a la Víctima 22 suspendida del cuello, con una cinta atada a la ventana del baño de la cocina.
243. El Supervisor dio aviso a la Encargada de la Subdirección de Enlace Administrativo, Verónica Isabel Carbajal Zamora, quien a su vez informó a la Directora del CFRST, y solicitó apoyo de los técnicos en seguridad del segundo grupo en servicio en confinamiento, que estaban realizando relevo en servicios generales (sótano), Fernando Gómez Castillo y Luis Alberto Reyes Albarrán. El doctor en turno en el servicio médico cortó el cordón que la sujetaba del cuello y los técnicos en seguridad trasladaron a la Víctima 22 al servicio de urgencias en la Torre Médica Tepepan, donde llegó a las 15:15 horas sin signos vitales, pero se realizaron maniobras de urgencia sin respuesta alguna, se entubó y se canalizaron medicamentos también sin respuesta, por lo que, a las 15:25 horas, personal médico declaró su fallecimiento. El personal médico la observó con signo evidente en cuello causado por cinta que causó ahorcamiento.
244. En el dictamen de necropsia de 5 de abril de 2017, los peritos médicos forenses adscritos al INCIFO, concluyeron que la Víctima 22 falleció de asfixia por ahorcamiento. Asimismo, en su dictamen de 4 de abril de 2017, un perito en criminalística de campo, adscrito a la PGJ, señaló que en el área del baño de la cocina del CFRST observó una agujeta amarrada sobre la protección de la ventana con un nudo fijo por uno de sus extremos y por el otro una gaza, así como una hoja de cuaderno con un recado póstumo en el suelo del baño, concluyendo que las lesiones que presentaba la Víctima 22 son análogas a las producidas por un mecanismo de asfixia por ahorcamiento. Asimismo, el personal médico de la CDHDF concluyó que la causa de muerte de la Víctima fue ahorcadura, por asfixia de etiología suicida.

245. Cabe resaltar que el 26 de junio de 2017, la Directora del CFRST, Rosa María Laguardia y Balcázar, informó a esta CDHDF, que desde 2015 cuentan con el Programa “Detección y Prevención de Riesgo Suicida en Población Penitenciaria”. El plan de intervención es coordinado por la Técnica penitenciaria, Nefi Padilla Tlapaltotoli, titular de la oficina de psicología y Enlace del Programa con la Subsecretaría del Sistema Penitenciario. A partir del programa, el área de psicología diseñó el Protocolo para la Prevención, Detección y Seguimiento del Riesgo Suicida, que utiliza la escala de Plutchik y entrevista clínica para evaluar el riesgo de las personas privadas de la libertad; ante riesgo moderado-leve, se da seguimiento psicológico, mientras que con riesgo grave, se canaliza a atención psiquiátrica. El 8 de septiembre de 2015, a la Víctima 22 le fue aplicada la escala referida, donde obtuvo un puntaje de 96.
246. La Víctima 22 recibía la visita periódica de su madre, Víctima indirecta 38, quien la proveía de los objetos necesarios para su estancia en el centro de reclusión y le proporcionaba recursos económicos.

Caso 23, expediente CDHDF/III/121/XOCH/11/P3720

Víctima 23

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

247. La Víctima 23, hombre de 42 años de edad, se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur desde el 24 de marzo de 2011, cumpliendo una pena de prisión. Se encontraba asignado al dormitorio D-anexo-8-3-6. El 16 de junio de 2011, se quitó la vida.
248. El 16 de junio de 2011, alrededor de las 16:30 horas, una persona privada de la libertad comisionada al área del centro escolar, indicó a los Técnicos en Seguridad Moisés Aguirre Jaimes y Hugo V. Trejo García, quienes estaban a cargo de la guardia del área de Servicios Generales, que una persona se había colgado de la puerta de uno de los baños de dicha zona. En ese momento, los técnicos en seguridad acudieron al lugar, donde encontraron a la Víctima 23 colgado de la puerta de uno de los baños de la zona escolar, con una agujeta. Dieron aviso al servicio médico, por lo que aproximadamente a las 16:48 horas se presentó la médico en turno, quien certificó que la Víctima 23 no tenía signos vitales y a las 16:50 horas se declaró su muerte. También acudió el técnico en seguridad David

Mirrey Martínez, encargado de la guardia del dormitorio D-anexo-8, quien reconoció a la Víctima 23.

249. El 17 de junio de 2011, peritos médicos forenses adscritos al entonces SEMEFO, indicaron en el dictamen de necropsia que la causa de muerte fue asfixia por ahorcamiento. Asimismo, peritos en química forense adscritas a la PGJ dictaminaron que se encontraron metabolitos de cocaína en el cuerpo de la Víctima 23. El 16 de junio de 2011, un perito en criminalística de la PGJ dictaminó que la Víctima 23 no realizó maniobras de lucha, defensa o forcejeo previos a su deceso. A su vez, personal médico legista de la CDHDF concluyó que la Víctima 23 falleció mediante ahorcadura por asfixia de etiología suicida, y que es alta la probabilidad de que las heridas que presentaba en el antebrazo izquierdo fueran autoinfligidas.
250. En cuanto al consumo de sustancias tóxicas, el 17 de junio de 2011, un policía de investigación de la PGJ entrevistó a dos personas privadas de la libertad que vivían en la misma estancia que la Víctima 23, quienes señalaron que consumía sustancias tóxicas.
251. El 30 de septiembre de 2013, la indagatoria iniciada en la PGJ por los hechos fue determinada con el No Ejercicio de la Acción Penal.
252. El 27 de febrero de 2017, Omar Tonatiuh Zamora Mendoza, Subdirector Técnico del RPVS, informó a esta CDHDF que las medidas de seguridad que implementan al interior del reclusorio, para evitar casos de suicidio son: el personal técnico penitenciario aplica a todas las personas que ingresan un cuestionario sobre la escala de riesgo suicida, y lo entregan al área de psicología, para la evaluación y atención de personas en riesgo. A su vez, realizan recorridos para identificar a personas con síntomas de autoagresión, canalizarlos al área de psicología o a la unidad médica para la valoración psiquiátrica, en donde se les puede canalizar al CEVAREPSI, de ser necesario.

Caso 24, expediente CDHDF/II/121/IZTP/14/P2055

Víctima 24

Falta de deber de cuidado respecto de la vida de personas privadas de la libertad

253. La Víctima 24, hombre de 30 años de edad, se encontraba privado de la libertad al interior del RPVO, desde el 25 de mayo de 2009, cumpliendo una pena de prisión. Del 8 de octubre de 2012 al 9 de mayo de 2014 fue ubicado en el dormitorio I en el programa de desintoxicación, hasta que se le reubicó en el Dormitorio 8-4-4. El 22 de enero de 2016, la Víctima 24 se quitó la vida al interior de su dormitorio.
254. A las 7:05 horas del 22 de enero de 2016, Juan Gabriel Álvarez Vargas, técnico en seguridad del segundo grupo asignado al dormitorio 8-4-4, realizó el pase de lista y en tres ocasiones llamó a la Víctima 24 sin obtener respuesta, por lo que ingresó a la estancia y encontró a la Víctima 24 sentado, inmóvil, pendiendo del cuello atado a la reja por un cinturón. El técnico en seguridad solicitó apoyo a la unidad médica, por lo que a las 7:23 horas acudió la doctora en servicio, quien revisó a la Víctima 24, encontrándola con cianosis labial y manos, pupilas midriáticas sin respuesta, con diagnóstico de muerte por asfixia.
255. Posteriormente, peritos médicos forenses del INCIFO determinaron que la Víctima 24 falleció de asfixia por ahorcamiento. El perito criminalista de la PGJ determinó que la Víctima no realizó maniobras de lucha, defensa o forcejeo previo a su muerte y, al realizar la mecánica de hechos, concluyó que la Víctima 24 se quitó la vida. Asimismo, personal médico legista de esta CDHDF concluyó que la Víctima 24 falleció mediante ahorcadura por asfixia de etiología suicida.
256. El 28 de febrero de 2017, se propuso el No Ejercicio de la Acción Penal en la indagatoria que se inició en la PGJ por los hechos, por tratarse de suicidio; acuerdo que fue aprobado el 28 de abril de 2017.

VI. Marco jurídico aplicable

257. El primer párrafo del artículo 1o. de la CPEUM establece que en nuestro país todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la propia Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano es parte, así como de las garantías necesarias para su protección. En ese sentido, la SCJN estableció que “los derechos humanos, en su conjunto, constituyen el parámetro de control de regularidad constitucional, conforme al cual debe analizarse la validez de las normas y actos que forman parte del orden jurídico mexicano”³³.

³³ En este sentido ver, Tesis P./J. 20/2014 (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Tomo I, abril 2014, p. 202. En este sentido ver, SCJN, Tesis Jurisprudencial P./J.

258. El segundo párrafo del artículo 1o. de la CPEUM establece que las normas relativas a los derechos humanos deberán interpretarse a partir de los principios de interpretación conforme y pro persona; a su vez, la SCJN ha entendido que el principio de supremacía constitucional implica que a la eficacia normativa directa de la Constitución se añade su eficacia como marco de referencia o criterio dominante en la interpretación de las restantes normas³⁴. En sentido amplio, la interpretación conforme implica que todas las autoridades del Estado mexicano deben interpretar las leyes a la luz y conforme a los derechos humanos previstos en la constitución y tratados internacionales, mientras que en sentido estricto implica que cuando existan varias interpretaciones válidas, preferirá aquella que sea acorde a la norma constitucional y a los instrumentos internacionales³⁵. De otro lado, la SCJN ha entendido que el principio pro persona busca maximizar la vigencia y el respeto de los derechos humanos y permite “optar por la aplicación o interpretación de la norma que los favorezca en mayor medida, o bien, que implique menores restricciones a su ejercicio”³⁶.
259. De otro lado, en el tercer párrafo del artículo 1o. CPEUM se establece que todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen las obligaciones generales de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos y consecuentemente los deberes especiales prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos, todo lo cual debe ser realizado de

20/2014 (10a.), Décima Época, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 5, abril de 2014, Tomo I, pág. 202; tesis de rubro *Derechos humanos contenidos en la constitución y en los tratados internacionales. Constituyen el parámetro de control de regularidad constitucional, pero cuando en la constitución haya una restricción expresa al ejercicio de aquéllos, se debe estar a lo que establece el texto constitucional*.

³⁴ En este sentido ver, Tesis 1a./J. 37/2017 (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Tomo I, mayo de 2017, p. 239. En este sentido ver, SCJN, Tesis Jurisprudencial 1a./J. 37/2017 (10a.), Décima Época, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 42, mayo de 2017, Tomo I, pág. 239; tesis de rubro Interpretación conforme. Naturaleza y alcances a la luz del principio pro persona.

³⁵ En este sentido se puede consultar, Caballero, José Luis (coord.), Sánchez Cordero, Olga, “El Control de Constitucionalidad en México, a partir de la Reforma de junio de 2011”, *Derechos constitucionales e internacionales. Perspectivas, retos y debates*, México, Tirant lo Blanch, 2018, pp. 930-931. En este sentido se puede consultar, Sánchez Cordero, Olga. “El Control de Constitucionalidad en México, a partir de la Reforma de junio de 2011”. En *Derechos constitucionales e internacionales. Perspectivas, retos y debates*. José Luis Caballero y Rubén Sánchez (coords.), Tirant lo Blanch, México, 2018. págs. 930-931

³⁶ En este sentido ver, Tesis 1a. CCCXXVII/2014 (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Tomo I, Octubre de 2014. En este sentido ver, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Tesis 1a. CCCXXVII/2014 (10a.), Décima Época, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 11, Octubre de 2014, Tomo I; tesis de rubro *Principio pro persona. requisitos mínimos para que se atienda el fondo de la solicitud de su aplicación, o la impugnación de su omisión por la autoridad responsable*.

conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

260. En este contexto, la CDHDF en el ámbito de sus competencias y atribuciones como organismo protector de derechos humanos tiene la obligación legal³⁷, constitucional³⁸ y convencional³⁹ de garantizar los derechos humanos, inclusive, de ser el caso, la de realizar un control de convencionalidad *ex officio*.⁴⁰ Así, la

³⁷ El artículo 2 de la Ley de la CDHDF establece que esta Comisión “es un organismo público autónomo con personalidad jurídica y patrimonio propios que tiene por objeto la protección, defensa, vigilancia, promoción, estudio, educación y difusión de los derechos humanos, establecidos en el orden jurídico mexicano y en los instrumentos internacionales de derechos humanos”. El artículo 2 de la Ley de la CDHDF establece que esta Comisión “es un organismo público autónomo con personalidad jurídica y patrimonio propios que tiene por objeto la protección, defensa, vigilancia, promoción, estudio, educación y difusión de los derechos humanos, establecidos en el orden jurídico mexicano y en los instrumentos internacionales de derechos humanos”.

³⁸ El tercer párrafo del artículo 1o. de la Constitución Política de la Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) establece que “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.” El tercer párrafo del artículo 1o. de la CPEUM establece que todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”

³⁹ OEA, Convención Americana sobre Derechos Humanos, San José, Costa Rica, 1969, art. 1.1; ONU, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Nueva York, Estados Unidos, 1966, ONU, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Nueva York, Estados Unidos, art. 2.2; OEA, Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém Do Pará), Belém do Pará, Brasil, 1994, art.7.; ONU, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), Nueva York Estados Unidos, 1979, arts. 2 y 3. Los artículos 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 2.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 2.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 7 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém Do Pará), 2 y 3 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), establecen dicha obligación para el Estado en su conjunto, lo que implica claramente a esta CDHDF.

⁴⁰ [L]a protección de los derechos humanos constituye un límite infranqueable a la regla de mayorías, es decir, a la esfera de lo “susceptible de ser decidido” por parte de las mayorías en instancias democráticas, en las cuales también debe primar un “control de convencionalidad” [...], que es función y tarea de cualquier autoridad pública y no sólo del Poder Judicial. Corte IDH, *Caso Gelman Vs. Uruguay. Fondo y Reparaciones*, Sentencia de 24 de febrero de 2011, Serie C No. 221, San José, Costa Rica, párr. 239. [E]n el ámbito de su competencia “todas las autoridades y órganos de un Estado Parte en la Convención tienen la obligación de ejercer un ‘control de convencionalidad’”. Corte IDH. *Caso de personas dominicanas y haitianas expulsadas Vs. República Dominicana. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia de 28 de agosto de 2014, Serie C No. 282, San José, Costa Rica, párr. 497. Esta obligación vincula a todos los poderes y órganos estatales en su conjunto, los cuales se encuentran obligados a ejercer

CDHDF funda sus recomendaciones en las disposiciones de derechos humanos establecidas en tanto en la CPEUM, como en las diversas fuentes del derecho internacional de los derechos humanos, inclusive la interpretación que los organismos internacionales de derechos humanos realizan respecto del contenido y alcance de los derechos de fuente internacional, favoreciendo en todos los casos la mayor protección de las personas y sus derechos humanos.

VII.1 Derecho a la vida

261. En este apartado, se desarrolla el estándar del derecho a la vida. Se abordan las obligaciones del Estado derivadas del deber de cuidado que en su calidad de garante tiene respecto de las personas privadas de la libertad bajo su custodia, que comprenden adoptar todas las medidas adecuadas, incluyendo una atención integral, en aras de salvaguardar en todo momento la vida y la integridad personal de las personas internas en los Centros de Reclusión de la Ciudad de México.
262. Al respecto, el derecho a la vida es un derecho fundamental, sin el cual es imposible garantizar el goce de otros derechos o libertades. Es inherente a todas las personas e implica no sólo que nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente⁴¹, sino también que el Estado está obligado a adoptar todas las medidas necesarias para proteger y preservar la vida de todas las personas dentro de su jurisdicción.⁴² En el caso de las personas privadas de la libertad, estas

un control “de convencionalidad” *ex officio* entre las normas internas y la Convención Americana, evidentemente en el marco de sus respectivas competencias y de las regulaciones procesales correspondientes. Corte IDH. *Caso Rochac Hernández y otros Vs. El Salvador. Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia de 14 de octubre de 2014, Serie C No. 285, San José, Costa Rica, párr. 213. [L]a protección de los derechos humanos constituye un límite infranqueable a la regla de mayorías, es decir, a la esfera de lo “susceptible de ser decidido” por parte de las mayorías en instancias democráticas, en las cuales también debe primar un “control de convencionalidad” [...], que es función y tarea de cualquier autoridad pública y no sólo del Poder Judicial. *Caso Gelman Vs. Uruguay. Fondo y Reparaciones*. Sentencia de 24 de febrero de 2011. párr. 239. [E]n el ámbito de su competencia “todas las autoridades y órganos de un Estado Parte en la Convención tienen la obligación de ejercer un ‘control de convencionalidad’”. Corte IDH. *Caso de personas dominicanas y haitianas expulsadas Vs. República Dominicana. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 28 de agosto de 2014. párr. 497. Esta obligación vincula a todos los poderes y órganos estatales en su conjunto, los cuales se encuentran obligados a ejercer un control “de convencionalidad” *ex officio* entre las normas internas y la Convención Americana, evidentemente en el marco de sus respectivas competencias y de las regulaciones procesales correspondientes. Corte IDH. *Caso Rochac Hernández y otros Vs. El Salvador. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 14 de octubre de 2014. párr. 213.

⁴¹ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 23 de marzo de 1976, art. 6.1; Convención Americana sobre Derechos Humanos, 18 de julio de 1978, art. 4.

⁴² Corte IDH. *Caso Myrna Mack Chang Vs. Guatemala. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de noviembre del 2003, párr. 153

obligaciones son reforzadas⁴³, pues el Estado se encuentra en una posición de garante⁴⁴, “toda vez que las autoridades penitenciarias ejercen un fuerte control o dominio sobre las personas que se encuentran sujetas a su custodia [...] y por las circunstancias propias del encierro, donde al recluso se le impide satisfacer por cuenta propia una serie de necesidades básicas que son esenciales”.⁴⁵

263. En el sistema jurídico nacional, este derecho se encuentra regulado de forma implícita en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículos 1º, 14 y 22, disposiciones que en su conjunto manifiestan que todas las personas gozan de derechos y libertades, que nadie debe ser molestado en forma arbitraria y que la pena de muerte está prohibida, de lo que se sigue que este derecho es indispensable para el ejercicio de otros derechos.⁴⁶

264. A nivel internacional y regional, este derecho se encuentra consagrado en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 6.1, en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 4.1 y en los Principios y Buenas prácticas sobre la Protección sobre las personas privadas de la libertad en la Américas, Principio I.

Motivación.-

265. Esta Comisión acreditó la violación del derecho a la vida de 24 personas privadas de la libertad, derivado de una sucesión de omisiones del personal del CFRSSMA, CFRST, RPVO, RPVS, RPVN, CERESOVA (actualmente CEVARESO) y la Penitenciaría de la Ciudad de México, en incumplimiento de su deber reforzado de cuidado, en calidad de garantes de la vida de las personas bajo su custodia. A continuación, se precisan tales omisiones de las autoridades que vulneraron el derecho a la vida.

VII.1.1. Omisiones del personal técnico de los centros de reclusión, en el

⁴³ Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Observación general N° 21: Trato humano de las personas privadas de libertad (art. 10). 44º período de sesiones (1992), HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol.I), párr. 3.

⁴⁴ Corte IDH. Caso J. Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2013. Serie C No. 275, párr. 343; Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Serie C No. 289, párr. 205.

⁴⁵ Corte IDH. Caso Mendoza y otros Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 14 de mayo de 2013 Serie C No. 260, párr. 188.

⁴⁶ SCJN. Derecho a la vida. Su protección constitucional, Pleno, Novena Época, P./J. 13/2002, Tomo XV, febrero de 2002.

cumplimiento de su deber reforzado de cuidado respecto de la vida de las personas privadas de la libertad bajo custodia del Estado

266. En relación al derecho a la vida de las personas privadas de libertad, la obligación del Estado de garantizar este derecho es aún mayor, dado que “se encuentra en una posición especial de garante”⁴⁷ de las personas bajo su custodia, por lo que debe asegurar condiciones mínimas que sean compatibles con la dignidad humana⁴⁸, teniendo el “deber de prevenir todas aquellas situaciones que pudieran conducir, tanto por acción, como por omisión, a la supresión de este derecho”.⁴⁹ A su vez, deberá rendir cuentas del tratamiento dado a la persona que murió bajo su custodia⁵⁰.
267. En ese sentido, las autoridades del Sistema Penitenciario en la Ciudad de México están obligadas al cuidado y preservación de la vida e integridad de las personas privadas de la libertad que se encuentran bajo su cuidado y custodia⁵¹, siendo responsables de garantizar ambos derechos⁵². Incluso, la Ley Nacional de Ejecución Penal emitida en 2016 retomó los estándares internacionales y ahora expresamente precisa que: “La Custodia Penitenciaria será una atribución de la

⁴⁷ CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas. OEA, aprobado por la CIDH el 31 de diciembre de 2011, párr. 270.

⁴⁸ CIDH. Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, aprobado por la CIDH en su Resolución 1/08 en su 131 Periodo Ordinario de Sesiones, principio I; Corte IDH, Caso López Álvarez Vs. Honduras. Sentencia de 1º de febrero del 2006, Serie C No. 141, párr. 106; y Caso Instituto de Reeducción del Menor Vs. Paraguay. Sentencia de 2 de septiembre del 2004. Serie C No. 112, párr. 159; y European Court of Human Rights, Case of Kudla v. Poland, Application 30210/96, Judgement of October 26, 2000, § 94.

⁴⁹ CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas, 31 de diciembre de 2011, párr. 270.

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

⁵¹ Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, art. 1, ya que en el mismo se establece que “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley”; Principios y Buenas prácticas sobre la Protección sobre las personas privadas de la libertad en la Américas, Principio I.

⁵² Ley de Centros de Reclusión del Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 4 de abril de 2014 (aplicable a los casos 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 16, 19 y 20), art. 10, 13 y 15; Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, vigente del 17 de junio de 2011 al 16 de junio de 2016 (aplicable a los casos 1, 2,3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20), Art. 141.

Autoridad Penitenciaria consistente en: [...] Salvaguardar la vida, la integridad, la seguridad y los derechos de las personas privadas de la libertad [...]”⁵³.

268. Por lo tanto, el Sistema Penitenciario se deberá organizar “sobre la base del respeto de los derechos humanos, del trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte como medios para lograr la reinserción”⁵⁴. El conjunto de esas actividades al interior de los centros de reclusión deberá tener por objetivo mejorar las condiciones de vida de las personas privadas de la libertad, así como facilitar su reinserción social⁵⁵. Para tal efecto, los centros de reclusión contarán con una Unidad de Atención Integral, “formada por un equipo multidisciplinario de profesionales en trabajo social, medicina, psicología, pedagogía, criminología, sociología y demás profesiones que estime conveniente”⁵⁶, que analiza los expedientes técnicos, actualizados semestralmente, y la atención proporcionada a las personas privadas de la libertad, según los resultados de los estudios técnicos.⁵⁷
269. En el caso de los Reclusorios Preventivos Varoniles, la Subdirección Técnica deberá “[c]oordinar la integración de un archivo técnico donde se incluya el estudio médico, de trabajo social, psicología, pedagogía, criminología, tratamientos básicos y auxiliar, así como la trayectoria institucional por cada interno”⁵⁸. Para el caso de la Penitenciaría, la Subdirección Técnica, supervisará que tal archivo sea integrado.⁵⁹ En el Centro Femenil Santa Martha Acatitla, tal labor corresponde a la Subdirección Técnica y Jurídica.⁶⁰ Y en el Centro Femenil de Reinserción Social

⁵³ Ley Nacional de Ejecución Penal, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de junio de 2016 (aplicable al caso 11), Art. 19, fracc. II.

⁵⁴ Ley Nacional de Ejecución Penal, 16 de junio de 2016, Art. 3, fracc. XXIV.

⁵⁵ Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal, 4 de abril de 2014, Arts. 60 y 66.

⁵⁶ Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, vigente del 17 de junio de 2011 al 16 de junio de 2016, Art. 23.

⁵⁷ Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, vigente del 17 de junio de 2011 al 16 de junio de 2016, Arts. 24 y 87.

⁵⁸ Aviso por el cual se da a conocer el Manual Administrativo de la Secretaría de Gobierno, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 28 de junio de 2010 (aplicable a los casos 1, 7, 8, 12, 13, 14, 15 y 17), p. 90; Aviso por el cual se da a conocer el Manual Administrativo en su apartado de Organización de la Secretaría de Gobierno Registro M-113-4/2008, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 15 de abril de 2013 (aplicable a los casos 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 16, 18, 19 y 20), pág. 117.

⁵⁹ Aviso por el cual se da a conocer el Manual Administrativo de la Secretaría de Gobierno, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 28 de junio de 2010, p. 94; Aviso por el cual se da a conocer el Manual Administrativo en su apartado de Organización de la Secretaría de Gobierno Registro M-113-4/2008, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 15 de abril de 2013, pág. 123.

⁶⁰ Aviso por el cual se da a conocer el Manual Administrativo de la Secretaría de Gobierno, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 28 de junio de 2010, p. 98; Aviso por el cual se da a conocer el Manual Administrativo en su apartado de Organización de la Secretaría de Gobierno Registro M-113-4/2008, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 15 de abril de 2013, pág. 127 y 129.

Tepepan, dicha tarea correrá a cargo de la Jefatura de Unidad Departamental de Apoyo Técnico.⁶¹

270. En consecuencia, el Estado, a través de las autoridades que integran el Sistema Penitenciario, deberán salvaguardar el derecho a la vida de las personas privadas de la libertad, en razón de su deber de garante, para lo cual tienen que brindar los servicios de custodia, supervisión médica, psicológica y servicios de trabajo social y vigilancia necesarios para cumplir con tal fin.
271. A continuación, se precisan las omisiones de las autoridades penitenciarias, relacionadas con sus obligaciones específicas de garantizar el derecho a la vida de las personas privadas de la libertad, respecto de suicidios.
272. La CIDH ha considerado que el suicidio de personas privadas de la libertad es “una secuencia de omisiones que resultan no sólo en el deterioro de la integridad personal de la víctima, sino en la pérdida de su vida, la cual pudo ser evitada”⁶², por lo tanto, se trata de una violación al derecho a la vida, por el incumplimiento del Estado de su obligación de garantizar este derecho. Resalta que, derivado de su deber de prevención de todas las situaciones que pudieran conducir a la supresión de la vida⁶³, el Estado debe adoptar las medidas adecuadas para reducir al máximo las amenazas y factores de riesgo⁶⁴ para el derecho a la vida, dando atención prioritaria a la prevención del suicidio.⁶⁵
273. En ese sentido, el deber de cuidado y prevención que tiene el Estado respecto del derecho a la vida de las personas privadas de la libertad bajo su custodia, relacionado con la reinserción social, implica que se les brinde una atención integral al interior de los centros de reclusión, debiendo prestar especial cuidado y seguimiento cercano a personas en mayor situación de vulnerabilidad⁶⁶, como

⁶¹ Aviso por el cual se da a conocer el Manual Administrativo de la Secretaría de Gobierno, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 28 de junio de 2010, p. 99; Aviso por el cual se da a conocer el Manual Administrativo en su apartado de Organización de la Secretaría de Gobierno Registro M-113-4/2008, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 15 de abril de 2013, págs. 127 y 129.

⁶² CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas. OEA, aprobado por la CIDH el 31 de diciembre de 2011, párr. 316.

⁶³ CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas, 31 de diciembre de 2011, párr. 270.

⁶⁴ CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas, 31 de diciembre de 2011, párr. 285.

⁶⁵ CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2011, párr. 321.

⁶⁶ Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 103; CIDH, Informe No. 172/10, Caso 12.651, Fondo, César Alberto Mendoza y otros,

jóvenes, personas con discapacidad, personas con dependencia a sustancias tóxicas, personas con intentos suicidas previos, personas esperando ser sentenciadas y mujeres privadas de la libertad⁶⁷.

274. El Estado debe prestar atención prioritaria a la prevención de suicidios de las personas privadas de la libertad, con el fin de reducir los factores de riesgo al máximo, practicando, entre otras cosas, un examen médico, inicial a todas las personas que determine si representan un peligro para sí mismas y proveer servicios de salud mental de ser necesaria,⁶⁸ estableciendo programas de prevención del suicidio, los cuales deben incluir:
275. Capacitación adecuada del personal penitenciario para la detección y tratamiento de posibles casos de suicidios⁶⁹, que incluya como mínimos los ambientes que favorecen la conducta suicida, las actitudes del personal a estos hechos, los factores potenciales de predisposición al suicidio, los periodos de alto riesgo, señales y síntomas de advertencia, y los componentes de la política de prevención del Centro⁷⁰.
276. Practicar una evaluación inicial, incluyendo exámenes médicos al momento del ingreso, capaces de identificar posibles circunstancias de propensión al suicidio⁷¹. La OMS amplía este requisito de evaluaciones formales al momento en que cambien las circunstancias de su estancia⁷², así como llevar a cabo una observación posterior a la admisión, para evaluar a las personas privadas de la libertad en intervalos regulares y continuos, a efecto de recoger indicios sobre la posibilidad de suicidios⁷³.

Argentina, 2 de noviembre de 2010, párrs. 2, 95, 97, 102, 103, 104, 109, 262, 264, 265, 266, 267, 268 y 271.

⁶⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS), Prevención del suicidio en cárceles y prisiones, Ginebra, 2007, WHO/MNH/MBD/00.7, pp. 7, 8 y 12; CIDH, Informe sobre el uso de la prisión preventiva en las Américas, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 46/13, 30 de diciembre de 2013, párr. 9.

⁶⁸ CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2011, párr. 321.

⁶⁹ CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2011, párr. 322, incisos a, b, c, d, g y h.

⁷⁰ Organización Mundial de la Salud, Prevención del suicidio en cárceles y prisiones, Ginebra, 2007, WHO/MNH/MBD/00.7, pág. 14-26.

⁷¹ CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2011, párr. 322, incisos a, b, c, d, g y h.

⁷² Organización Mundial de la Salud, Prevención del suicidio en cárceles y prisiones, Ginebra, 2007, WHO/MNH/MBD/00.7, pág. 14-26.

⁷³ Organización Mundial de la Salud, Prevención del suicidio en cárceles y prisiones, Ginebra, 2007, WHO/MNH/MBD/00.7, pág. 14-26.

277. Establecer políticas y procedimientos claramente articulados para la supervisión continua y el tratamiento de personas privadas de libertad que se considera están en riesgo de suicidarse⁷⁴.
278. Monitorear adecuadamente durante la noche y en los cambios de guardia, las áreas de los Centros⁷⁵. La OMS precisa que es necesario supervisar diferenciadamente a las personas privadas de la libertad que han llevado a cabo intentos suicidas, que han manifestado ideas suicidas o quienes presenten sospechas de su comisión⁷⁶.
279. Manejo después de la evaluación: monitoreo y seguimiento adecuado y apropiado, mediante políticas y procedimientos claramente formulados⁷⁷. El tratamiento de salud mental adecuado de aquellos internos que presentan un riesgo cierto de cometer suicidio, el cual deberá incluir la evaluación y atención de personal especializado y la provisión de psicofármacos⁷⁸.
280. Intervención social: mantener la planificación de la interacción social de la persona privada de la libertad⁷⁹.
281. Establecer protocolos para casos de tentativas de suicidio: de los llamados “intentos manipuladores” (manipulative attempts), que pueden consistir en actos de autolesión; y en casos en que efectivamente ocurra un suicidio⁸⁰. Si ocurre un intento suicida, el personal penitenciario debe estar suficientemente capacitado para asegurar el área y brindar primeros auxilios, [...] [así como] para documentar y reportar el incidente, propiciando la retroalimentación constructiva para mejorar las futuras actividades de prevención suicida⁸¹.

⁷⁴ CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las américas, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2011, párr. 322, incisos a, b, c, d, g y h.

⁷⁵ CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las américas, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2011, párr. 322, incisos a, b, c, d, g y h.

⁷⁶ Organización Mundial de la Salud, Prevención del suicidio en cárceles y prisiones, Ginebra, 2007, WHO/MNH/MBD/00.7, pág. 14-26.

⁷⁷ Organización Mundial de la Salud, Prevención del suicidio en cárceles y prisiones, Ginebra, 2007, WHO/MNH/MBD/00.7, pág. 14-26.

⁷⁸ CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las américas, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2011, párr. 322, incisos a, b, c, d, g y h.

⁷⁹ Organización Mundial de la Salud, Prevención del suicidio en cárceles y prisiones, Ginebra, 2007, WHO/MNH/MBD/00.7, pág. 14-26.

⁸⁰ CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las américas, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2011, párr. 322, incisos a, b, c, d, g y h.

⁸¹ Organización Mundial de la Salud, Prevención del suicidio en cárceles y prisiones, Ginebra, 2007, WHO/MNH/MBD/00.7, pág. 14-26.

282. Garantizar un ambiente físico y arquitectura [...] donde se eliminen o minimicen los puntos para cometer suicidio y el acceso a materiales letales. Considera también la instalación de cámaras de observación como medio complementario a la observación y vigilancia física⁸².
283. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud ha precisado que el Estado debe realizar evaluaciones para conocer los indicadores de alto riesgo, monitorear adecuadamente los niveles de aflicción de las personas privadas de la libertad, así como contar con personal capacitado para identificar las señales de advertencia temprana de un riesgo de suicidio⁸³. Identificado lo anterior, las autoridades penitenciarias deben abstenerse de abonar factores situacionales que propician el suicidio, como el confinamiento en solitario de personas que presentan situaciones personales de riesgo⁸⁴, condiciones de hacinamiento que impiden una adecuada vigilancia y custodia, así como otras condiciones de privación de la libertad que no se ajusten a los estándares internacionales.⁸⁵
284. La CIDH ha resaltado que el Estado debe prestar especial atención en la aplicación de medidas disciplinarias como el aislamiento celular⁸⁶, ya que la utilización del régimen de aislamiento omite garantizar la integridad y la vida de las personas privadas de la libertad, en virtud de que las personas en un régimen de aislamiento prolongado o indefinido “pueden fácilmente quedar al margen de la vigilancia [...]”⁸⁷ que tiene por finalidad salvaguardar su integridad personal y su vida. Incluso, el régimen de aislamiento puede causar “trastornos psicóticos”, cuyos síntomas pueden incluir “ansiedad, depresión, ira, trastornos cognitivos, distorsiones de la percepción, paranoia y psicosis y lesiones autoinfligidas”⁸⁸.

⁸² Organización Mundial de la Salud, Prevención del suicidio en cárceles y prisiones, Ginebra, 2007, WHO/MNH/MBD/00.7, pág. 14-26.

⁸³ Organización Mundial de la Salud, Prevención del suicidio en cárceles y prisiones, Ginebra, 2007, WHO/MNH/MBD/00.7, pág. 9.

⁸⁴ Organización Mundial de la Salud, Prevención del suicidio en cárceles y prisiones, Ginebra, 2007, WHO/MNH/MBD/00.7, pág. 11.

⁸⁵ CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2011, párrs. 313, 314 y 315.

⁸⁶ CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2011, párr. 327, numeral 11.

⁸⁷ ONU. Informe provisional del Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, 5 de agosto de 2011, A/66/268, párr. 57.

⁸⁸ ONU. Informe provisional del Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, 5 de agosto de 2011, A/66/268, párr. 62.

285. En ese sentido, someter a una persona a aislamiento prolongado también vulnera su derecho a la integridad personal en relación con el derecho a la vida, por la omisión de la autoridad penitenciaria de salvaguardar dichos derechos, con el debido cuidado. Como lo ha precisado el Relator de Naciones Unidas sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, algunas personas en régimen de aislamiento, derivado de sus efectos negativos en la integridad psicológica, “cometen actos extremos, como infligirse lesiones a sí mismos o incluso el suicidio”.⁸⁹
286. Cabe resaltar que, la Ley Nacional de Ejecución Penal establece que las autoridades penitenciarias deberán garantizar los derechos humanos de todas las personas privadas de la libertad, gestionar la custodia penitenciaria y aplicar las medidas de seguridad o vigilancia a las personas privadas de la libertad que lo requieran,⁹⁰ para lo cual deberá supervisar “las instalaciones de los Centros Penitenciarios para mantener la seguridad, tranquilidad e integridad, de las personas privadas de la libertad, del personal y de los visitantes, ejerciendo las medidas y acciones pertinentes para el buen funcionamiento de éstas”.⁹¹

a) Falta de cuidado por parte del personal técnico en seguridad del centro de reclusión e infraestructura inadecuada que da lugar a suicidios

287. La Subsecretaría del Sistema Penitenciario de la Ciudad de México deberá supervisar la creación y coordinación de los sistemas de seguridad⁹², mientras que los Directores de los Centros de Reclusión deberán administrar y evaluar los recursos humanos, financieros y materiales para el adecuado funcionamiento de los mismos.⁹³
288. El personal técnico de los centros de reclusión debe efectuar llamados de emergencia a personal médico o psicológico para intervenir en situaciones de

⁸⁹ ONU. Informe provisional del Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, 5 de agosto de 2011, A/66/268, párr. 68.

⁹⁰ Ley Nacional de Ejecución Penal, Diario Oficial de la Federación, 16 de junio de 2016, art. 15, fraccs. I, III y XIII.

⁹¹ Ley Nacional de Ejecución Penal, Diario Oficial de la Federación, 16 de junio de 2016, art. 14.

⁹² Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal, 4 de abril de 2014, art. 13, fracc. III.

⁹³ Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal, 4 de abril de 2014, art. 15, fracc. VIII; Aviso por el cual se da a conocer el Manual Administrativo de la Secretaría de Gobierno, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 28 de junio de 2010, p. 89; Aviso por el cual se da a conocer el Manual Administrativo en su apartado de Organización de la Secretaría de Gobierno Registro M-113-4/2008, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 15 de abril de 2013, pág. 114, 124, 125, 133.

riesgo, así como disponer de los medios de custodia adecuados, realizando todos los esfuerzos para resguardar la vida de las personas privadas de la libertad, incluso “actuar con la debida diligencia para evitar que el acto del suicidio se consume”⁹⁴.

289. En lo que hace específicamente al personal de seguridad penitenciario, éste tiene como fin mantener el orden, la disciplina y la tranquilidad en los Centros, proteger la vida y el patrimonio del personal y de las personas privadas de la libertad.⁹⁵ De tal forma, que el Cuerpo Técnico en Seguridad, conformado por supervisores de área y técnicos, deberá desempeñar sus servicios y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión, deficiencia o implique abuso o ejercicio indebido del mismo⁹⁶. Para tal efecto, deben distribuir en cada turno los servicios correspondientes, procurando cubrir en forma paralela y constante todos los puntos críticos de la Institución⁹⁷. En ese sentido, tienen prohibido abandonar sus funciones sin causa justificada ni autorización, así como poner en peligro a las personas privadas de la libertad a causa de su imprudencia, descuido, negligencia o abandono del servicio.⁹⁸
290. En ese orden de ideas, las funciones de los Supervisores de área variarán de acuerdo con la zona en la que estén en servicio. Tratándose del Centro de Diagnóstico, Ubicación y Determinación de Tratamiento (CDUDT), deberán pasar lista de acuerdo al horario establecido en dormitorios.⁹⁹ Cabe destacar que las personas privadas de la libertad serán ubicadas inicialmente en el CDUDT “por un lapso no mayor de 45 días para efectos de estudio y de diagnóstico” y así determinar el tratamiento para lograr su reinserción social.¹⁰⁰
291. En el área del Centro Escolar, se deberán realizar rondines para verificar que no

⁹⁴ CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las américas, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2011, párr. 318; CIDH, Informe No. 172/10, Caso 12.651, Fondo, César Alberto Mendoza y otros, Argentina, 2 de noviembre de 2010, párrs. 2, 95, 97, 102, 103, 104, 109, 262, 264, 265, 266, 267, 268 y 271.

⁹⁵ Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, vigente del 17 de junio de 2011 al 16 de junio de 2016, art. 141.

⁹⁶ Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal, 4 de abril de 2014, art. 127.

⁹⁷ Manual de organización y funciones de seguridad, para los Centros de Reclusión del Distrito Federal, 19 de octubre de 2005 (aplicable a los casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20), norma 2.2.

⁹⁸ Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal, 4 de abril de 2014, art. 128, fraccs. XIII, XIV y XXIV.

⁹⁹ Manual de organización y funciones de seguridad, para los Centros de Reclusión del Distrito Federal, 19 de octubre de 2005, norma 26.5.

¹⁰⁰ Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal, 24 de septiembre de 2004 (aplicable a los casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20), art. 41.

ingresen personas privadas de la libertad no autorizadas o, en su caso, retirarlas cuando no se encuentre presente un maestro o hayan concluido las clases.¹⁰¹ Tratándose del área de Servicios Generales, Talleres y Patio de Maniobras, se debe realizar la revisión a las personas privadas de la libertad que entren o salgan de ésta, efectuar recorridos por los talleres para preservar el orden, prevenir y decomisar la entrada de objetos y sustancias prohibidas, prohibir el paso a personas no autorizadas y vigilar que se haga un uso adecuado de las instalaciones.¹⁰² En los Dormitorios, se debe vigilar que después de las 20:00 horas, ninguna persona privada de la libertad deambule fuera de los dormitorios y que a las 21:00 horas se les ingrese a sus zonas y estancias; vigilar que los Técnicos en Seguridad realicen rondines constantes para detectar anomalías, cuidando que no se encuentren personas privadas de la libertad en dormitorios que no les corresponden, debiendo permanecer al menos un técnico en seguridad al interior de estos. Además, las y los supervisores deben mantener el control de las llaves y candados de los dormitorios sin que las personas privadas de la libertad tengan acceso a ellas.¹⁰³ Para el caso de Centros Femeniles, deberá observar que toda el área se encuentre protegida y sin espacios desprotegidos.¹⁰⁴

292. Por su parte, los Técnicos en Seguridad asignados al CDUDT, tienen a su cargo la obligación de realizar rondines constantes en toda el área, registrar a las personas privadas de la libertad a su ingreso y salida del mismo.¹⁰⁵ En el área de Servicios Generales y Talleres, deberán revisar a las personas privadas de la libertad que entren y salgan, así como sus pertenencias.¹⁰⁶ En el caso de los Dormitorios, deberán realizar rondines constantes, llevar el control de llaves y candados del dormitorio, impedir el acceso de personas no autorizadas o que no pertenezcan al dormitorio y revisar a las personas privadas de la libertad y sus pertenencias al entrar o salir del dormitorio.¹⁰⁷ Cuando se trate del Centro Escolar, deberán impedir el acceso a personas no autorizadas, realizar rondines constantes, revisar

¹⁰¹ Manual de organización y funciones de seguridad, para los Centros de Reclusión del Distrito Federal, 19 de octubre de 2005, norma 29.1 y 29.3.

¹⁰² Manual de organización y funciones de seguridad, para los Centros de Reclusión del Distrito Federal, 19 de octubre de 2005, norma 30.2, 30.3, 30.4, 30.8 y 30.9.

¹⁰³ Manual de organización y funciones de seguridad, para los Centros de Reclusión del Distrito Federal, 19 de octubre de 2005, norma 31.8, 31.9, 31.11 y 31.13.

¹⁰⁴ Manual de organización y funciones de seguridad, para los Centros de Reclusión del Distrito Federal, 19 de octubre de 2005, norma 35.9.

¹⁰⁵ Manual de organización y funciones de seguridad, para los Centros de Reclusión del Distrito Federal, 19 de octubre de 2005, norma 53, incisos d) y f).

¹⁰⁶ Manual de organización y funciones de seguridad, para los Centros de Reclusión del Distrito Federal, 19 de octubre de 2005, norma 60, inciso a).

¹⁰⁷ Manual de organización y funciones de seguridad, para los Centros de Reclusión del Distrito Federal, 19 de octubre de 2005, norma 62, inciso j), m), n) y o).

a las personas privadas de la libertad a su ingreso y salida del área.¹⁰⁸

293. En suma, el personal de Seguridad Penitenciaria deberá efectuar las labores de custodia y vigilancia, a efecto de identificar situaciones de riesgo para la vida de las personas privadas de la libertad, y salvaguardar su vida.
294. Por su parte, la Ley Nacional de Ejecución Penal establece que “las condiciones de internamiento deberán garantizar una vida digna y segura para todas las personas privadas de la libertad”¹⁰⁹. En ese sentido, “El Estado, como responsable de los centros de detención tiene la obligación específica de administrar y preservar sus instalaciones de manera que no impliquen un riesgo para las personas”.¹¹⁰
295. De tal suerte, las revisiones que se hagan al interior del Centro, deberán incluir la supervisión de las instalaciones para constatar su integridad y evitar que se ponga en riesgo a la población y personal del Centro,¹¹¹ por lo que deberá procurarse “el mantenimiento de un entorno físico seguro que reduzca las posibilidades de emplear mecanismos para el suicidio; en el que, por ejemplo, se eliminen o reduzcan los puntos de colgamiento y el acceso de los reclusos a materiales letales; y en el que se adopten medios de vigilancia eficientes”.¹¹²
296. Por consiguiente, las autoridades penitenciarias deberán garantizar que las instalaciones e infraestructura de los centros de reclusión no ponga en riesgo la vida de las personas privadas de la libertad.

Motivación.-

297. Esta Comisión ha podido acreditar que todos los casos que componen el presente Instrumento recomendatorio se enmarcan en un contexto de falta de vigilancia y de atención integral por parte del personal técnico de los centros de reclusión, en incumplimiento de su obligación reforzada de garantizar el derecho a la vida de las personas privadas de la libertad bajo su custodia. Esas omisiones se agravan

¹⁰⁸ Manual de organización y funciones de seguridad, para los Centros de Reclusión del Distrito Federal, 19 de octubre de 2005, norma 62, Centro Escolar, inciso a), b) y d).

¹⁰⁹ Ley Nacional de Ejecución Penal, 16 de junio de 2016, art. 30.

¹¹⁰ CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las américas, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2011, párr. 293.

¹¹¹ Ley Nacional de Ejecución Penal, 16 de junio de 2016, art. 64.

¹¹² CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las américas, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2011, párr. 322, inciso f).

debido a los problemas estructurales que se presentan en algunos Centros de Reclusión de la Ciudad de México, principalmente la falta de personal suficiente y capacitado que salvaguarde la vida de las personas privadas de la libertad.

298. En ese orden de ideas, los casos 15, 19, 21 y 24 evidencian las omisiones del personal técnico en seguridad del RPVO y del RPVN, respectivamente, que vulneraron el derecho a la vida de la Víctima 15, de la Víctima 19, de la Víctima 21 y de la Víctima 24. En los casos 15 y 21, los técnicos en seguridad omitieron realizar sus rondines de manera constante en el área de dormitorios. Es así que el técnico en seguridad comisionado al dormitorio donde se encontraba la Víctima 15, y aquél asignado al dormitorio donde se encontraba la tienda en la que laboraba la Víctima 21, tuvieron conocimiento de su fallecimiento por medio de otra persona privada de la libertad,¹¹³ y no por haberlas encontrado al realizar rondín. En cuanto a los casos 19 y 24, fue hasta el pase de lista que el personal técnico en seguridad del RPVO se percató de que la Víctima 19 y la Víctima 24 se habían quitado la vida, respectivamente. Dichas omisiones del personal de técnico en seguridad en el cuidado y vigilancia de las Víctimas 15, 19, 21 y 24 configuraron una violación de su derecho a la vida.
299. Además de estas omisiones, la Víctima 15 utilizó la tubería de las regaderas para suspenderse,¹¹⁴ las cuales, de acuerdo con el Perito en criminalística de la PGJ, no son utilizables para dicho fin,¹¹⁵ lo que denota que tal infraestructura se encuentra en desuso y sin vigilancia, representando un riesgo para la vida, como dejó ver el presente caso. Además, el Jefe de Unidad Departamental de Seguridad del RPVO, aceptó que, debido a los movimientos diarios del personal, en algunas ocasiones sólo queda un elemento de seguridad a cargo de la seguridad y custodia de las personas privadas de la libertad.¹¹⁶ En ese sentido, la omisión de revisar las condiciones estructurales de las instalaciones y reducir los puntos de colgamiento, aunado a la falta de personal de seguridad y custodia, vulneraron el derecho a la vida de la Víctima 15, quien se encontraba bajo cuidado del personal del RPVO.
300. Cabe precisar que en los casos 19 y 20, la sobrepoblación del RPVO fue un factor que obstaculizó la adecuada vigilancia de las Víctimas 19 y 20, por la insuficiencia

¹¹³ Véase Anexo 15, evidencia 1; y Anexo 21, evidencia 4.

¹¹⁴ Véase Anexo 15, evidencia 1.

¹¹⁵ Véase Anexo 15, evidencias 1, 2 y 7.

¹¹⁶ Véase Anexo 15, evidencia 5.

de personal técnico en seguridad para realizar de forma eficiente las labores de vigilancia y custodia de todas las personas privadas de la libertad en el RPVO al momento de los hechos, tan es así, que el mismo día, también se quitó la vida la Víctima 20.¹¹⁷ En el caso 20, la falta de vigilancia por parte del personal técnico en seguridad del RPVO se evidenció por el hecho de que hallaron a la Víctima 20 al menos una hora después de que se quitara la vida, conforme a las conclusiones del dictamen de criminalística de la PGJ, por lo que vulneraron su derecho a la vida.

301. Además de la falta de vigilancia por parte del personal de seguridad y custodia de los centros de reclusión, en el caso 20 y en los demás casos que integran la presente Recomendación, las autoridades del CFRSSMA, CFRST, RPVO, RPNV, RPNV, CERESOVA (actualmente CEVARESO) y la Penitenciaría de la Ciudad de México, omitieron cumplir sus deberes de cuidado doblemente reforzados, con medidas integrales y adecuadas para salvaguardar la vida de personas privadas de la libertad que se encontraban en mayor situación de vulnerabilidad por vivir con una discapacidad psicosocial, presentar intentos previos de suicidio y/o dependencia a sustancias tóxicas. A continuación, se ahonda en tales casos.

b) Falta de atención integral a personas con discapacidad psicosocial y con antecedentes de autolesiones y/o intentos previos de suicidio

302. Es preciso enfatizar la obligación de garantizar el derecho a la vida de las personas privadas de la libertad que viven con discapacidad psicosocial,¹¹⁸ por encontrarse en mayor situación de vulnerabilidad y riesgo frente a los suicidios.¹¹⁹ Las autoridades penitenciarias deben adoptar todas las medidas necesarias y realizar los ajustes razonables, para garantizar la vida e integridad física y mental de estas personas.¹²⁰
303. En consecuencia, es obligación del Estado adoptar “medidas efectivas y

¹¹⁷ Véase Anexo 19, evidencia 9 y Anexo 20, evidencia 14.

¹¹⁸ ONU, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 13 de diciembre de 2006, art.s 10, 14.2 y 17; Corte IDH. Caso Furlan y Familiares Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012 Serie C No. 246, párr. 134.

¹¹⁹ Organización Mundial de la Salud, Prevención del suicidio en cárceles y prisiones, Ginebra, 2007, WHO/MNH/MBD/00.7, pp. 7, 8 y 12; CIDH, Informe sobre el uso de la prisión preventiva en las Américas, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 46/13, 30 de diciembre de 2013, párr. 9.

¹²⁰ ONU, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 13 de diciembre de 2006, art.s 10, 14.2 y 17.

pertinentes, [...] para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, [...] organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales”.¹²¹

304. En cuanto a la salud, las autoridades penitenciarias deben proveer atención médica calificada, “inclusive psiquiátrica, tanto en situaciones de emergencia como para atención regular, ya sea en el propio lugar de detención o centro penitenciario o, en caso de no contar con ello, en los hospitales o centros de atención en salud donde corresponda otorgar ese servicio”.¹²²
305. Al respecto, la Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal señala que las autoridades penitenciarias garantizarán atención médica, psiquiátrica y psicológica a las personas con discapacidad en los centros de reclusión¹²³, y verificarán las condiciones para el cuidado, vigilancia y seguimiento médico de las personas privadas de la libertad¹²⁴ y promoverán su participación activa en actividades terapéuticas dirigidas por especialistas certificados en psiquiatría o en ciencias de la conducta, a efecto de coadyuvar a su reinserción social.¹²⁵ Para ello, al ingreso, inmediatamente deberá certificar a la persona y valorarla integralmente a fin de conocer su estado de salud físico y mental.¹²⁶
306. Aunado a lo anterior, en cumplimiento de su obligación de prevenir y atender situaciones de riesgo a la vida, las autoridades de los centros de reclusión deben prestar especial atención a los intentos de suicidio y autolesiones, pues pueden culminar en la muerte, aun cuando no fuera ésta la intención. En ese sentido, se debe brindar un tratamiento que investigue estos problemas en lugar de imponer medidas de castigo, por lo que los programas de supervisión “estrecha, apoyo social y acceso a recursos psicosociales” son fundamentales para abordar esta problemática.¹²⁷ El área de psicología de los centros de reclusión debe brindar

¹²¹ ONU, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 13 de diciembre de 2006, art. 26.1.

¹²² Corte IDH. Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 312., párr. 178.

¹²³ Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal, 4 de abril de 2014, art. 85.

¹²⁴ Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal, 4 de abril de 2014, art. 58.

¹²⁵ Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal, 4 de abril de 2014, art. 41.

¹²⁶ Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal, 4 de abril de 2014, art. 80.

¹²⁷ Organización Mundial de la Salud, Prevención del suicidio en cárceles y prisiones, Ginebra, 2007, WHO/MNH/MBD/00.7, pág. 25.

apoyo, auxilio y asesoría a las autoridades de los centros de reclusión, para el manejo adecuado de situaciones críticas, como podría ser autolesiones o intentos de suicidio.¹²⁸

c) Inadecuado control sobre el ingreso de objetos y sustancias prohibidas

307. Aunado a lo anterior, el Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal, prohíbe la introducción, uso, consumo, posesión o comercio de bebidas alcohólicas, estupefacientes, psicotrópicos, sustancias tóxicas, armas, explosivos y, en general, instrumentos cuyo uso pueda resultar contrario a la reinserción social y/o pongan en peligro la seguridad de cualquier persona que se encuentre en el Centro de Reclusión.¹²⁹ Tal como lo ha recomendado la CIDH, es necesario “[r]eforzar las medidas para eliminar [...] el ingreso de drogas en los centros de privación de libertad, identificando las vías de ingreso y sancionando tanto a los reclusos, como a los funcionarios involucrados en su trasiego”.¹³⁰
308. Para la identificación de estos objetos, la autoridad penitenciaria o el titular del Centro serán responsables de las revisiones que se realicen al interior,¹³¹ las cuales se llevarán a cabo de manera regular y con especial atención a los dormitorios, bajo los principios de necesidad, razonabilidad y proporcionalidad, con apego a los derechos humanos, con el fin de verificar la existencia de objetos o sustancias prohibidas y evitar que se ponga en riesgo a las personas privadas de la libertad.¹³²
309. Tratándose de Centros Femeniles, se precisa que deberá vigilarse que las pertenencias que sean ingresadas sean las permitidas e impedirse la introducción de objetos y sustancias tóxicas.¹³³
310. Asimismo, la ahora abrogada Ley de Ejecución prohibía expresamente que las

¹²⁸ Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, vigente del 17 de junio de 2011 al 16 de junio de 2016, art. 110, fracc. II.

¹²⁹ Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal, 24 de septiembre de 2004, art. 90; también, Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, vigente del 17 de junio de 2011 al 16 de junio de 2016, art. 134.

¹³⁰ CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2011, párr. 259.6.

¹³¹ Ley Nacional de Ejecución Penal, 16 de junio de 2016, art. 69.

¹³² Ley Nacional de Ejecución Penal, 16 de junio de 2016, art. 64 y 65, y Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal, art. 106.

¹³³ Manual de organización y funciones de seguridad, para los Centros de Reclusión del Distrito Federal, 19 de octubre de 2005, norma 35.2 y 35.23.

personas privadas de la libertad usaran medicamentos no autorizados por personal médico del centro de reclusión.¹³⁴

311. En suma, la omisión de supervisar el acceso de objetos y sustancias prohibidas a los Centros de Reclusión, constituye una omisión del Estado para garantizar el derecho a la vida, por lo cual, deberán llevar a cabo todas las acciones para su identificación y poder evitar su uso indebido.

d) Inadecuada atención a adicciones

312. Otro de los factores de riesgo de suicidio, señalados por la OMS, es el abuso de sustancias tóxicas, por lo que el Estado debe establecer “campañas para disuadir a los reclusos del consumo de sustancias ilícitas e introducir programas de desintoxicación individual y tratamiento de las adicciones”.¹³⁵
313. En ese orden de ideas, en los Centros de Reclusión de la Ciudad de México, la Ley de Centros de Reclusión señala que deberá implementarse “un programa para el tratamiento integral de las personas privadas de la libertad con problemas de adicción, bajo la supervisión de los responsables de los servicios de salud, de la Subsecretaría del Sistema Penitenciario y especialistas en la materia. Dicho programa será permanente y voluntario”,¹³⁶ “estableciendo, si fuere necesario, clínicas dentro de los propios Centros”.¹³⁷
314. Derivado de lo anterior, al ser un factor de riesgo conocido para los suicidios, la inadecuada atención de la dependencia a sustancias constituye una omisión del Estado de salvaguardar la vida de las personas privadas de la libertad bajo su custodia.

Motivación.-

315. En la presente Recomendación, esta Comisión acreditó que el personal del CFRSSMA, CFRST, RPVO, Penitenciaría, RPVS, RPVN y CERESOVA vulneró el derecho a la vida de 16 víctimas, en virtud de que omitieron brindarles una

¹³⁴ Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal, vigente del 17 de junio de 2011 al 16 de junio de 2016, art. 104.

¹³⁵ CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las américas, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2011, párr. 259.7.

¹³⁶ Ley de Centros de Reclusión para el Distrito Federal, 4 de abril de 2014, art. 39.

¹³⁷ Reglamento de los Centros de Reclusión del Distrito Federal, 24 de septiembre de 2004, art. 109.

atención integral, efectiva, diferenciada y adecuada, teniendo conocimiento de los riesgos a su vida relacionados con su discapacidad psicosocial, intentos suicidas previos, autoagresiones, adicciones y otras situaciones particulares, tal como a continuación se detalla.

316. En el caso 7, el personal técnico en seguridad del RPVO incumplió con su deber reforzado de salvaguardar la vida de la Víctima 7, sobre todo teniendo conocimiento de factores de riesgo para su vida y la imperiosa necesidad de llevar a cabo una vigilancia adecuada, por la discapacidad psicosocial de la Víctima 7, asociada con intentos suicidas de alta letalidad.¹³⁸ A pesar de que la Víctima 7 se encontraba ubicada en el dormitorio psiquiátrico por las razones antes referidas, se comprobó la falta de vigilancia durante la noche por parte del técnico en seguridad en servicio en tal dormitorio, ya que incluso fue otra persona privada de la libertad quien se percató del suicidio y dio aviso al técnico en seguridad.¹³⁹ Asimismo, aún con los antecedentes de riesgo a la vida antes mencionados, el personal técnico en seguridad omitió vigilar los objetos con los que contaba la Víctima 7, como el cordón con el que se pudo quitar la vida.¹⁴⁰ En ese sentido, el personal técnico incumplió sus obligaciones reforzadas de cuidado y vigilancia, lo que derivó en la violación al derecho a la vida de la Víctima 7.
317. Asimismo, el personal del RPVO incumplió su obligación de garantizar el derecho a la vida de la Víctima 7, al permitir la posesión y consumo de sustancias tóxicas, ya que la Víctima 7, bajo custodia del Estado, se quitó la vida bajo los influjos de cocaína, lo cual “fue un factor que pudo contribuir a la causa de muerte, sobre todo por los antecedentes psiquiátricos de la Víctima”¹⁴¹. Esto evidencia la falta de cuidado del RPVO para evitar que la Víctima 7 tuviera acceso a tales sustancias, así como el inadecuado tratamiento a su farmacodependencia, de la cual tenía conocimiento la autoridad.¹⁴² Otra evidencia de la inefectiva atención brindada a la Víctima 7 para prevenir riesgos a su vida, fue su traslado por un mes a CEVAREPSI y su alta por mejoría, sin que obre constancia de la efectividad de su permanencia en CEVAREPSI, ni de la adopción de medidas integrales posteriores para prevenir el suicidio, más allá de ubicarlo en el dormitorio psiquiátrico. Por lo anterior, las autoridades del RPVO vulneraron el derecho a la vida de la Víctima 7.

¹³⁸ Véase Anexo 7, evidencias 1, 2 y 3.

¹³⁹ Véase Anexo 7, evidencias 4 y 11.

¹⁴⁰ Véase Anexo 7, evidencias 7 y 12.

¹⁴¹ Véase Anexo 7, evidencias 10, 11 y 14.

¹⁴² Véase Anexo 7, evidencias 1, 2, 3 y 11.

318. De manera similar, en el caso 10 el personal del RPVS vulneró el derecho a la vida de la Víctima 10, al omitir brindarle una atención integral respecto de su farmacodependencia y posible discapacidad psicosocial,¹⁴³ ya que no obra constancia de que se haya incorporado a los cursos sugeridos por dicho personal,¹⁴⁴ y el traslado de la Víctima 10 a CEVAREPSI por un mes fue una medida inefectiva para prevenir su suicidio, sin que posterior a su egreso de CEVAREPSI, se le haya dado seguimiento para salvaguardar su vida. A su vez, destaca la omisión de las autoridades del RPVS de brindarle tratamiento a su farmacodependencia, y evitar la posesión y consumo de sustancias, factor que contribuyó a la muerte de la Víctima 10, quien falleció bajo el influjo de cocaína y alcohol.¹⁴⁵
319. Asimismo, el personal técnico en seguridad incumplió con su obligación de vigilar efectivamente a la Víctima 10 bajo su custodia, así como las instalaciones bajo su supervisión ya que, conforme al dictamen en criminalística de la PGJ,¹⁴⁶ la Víctima 10 falleció entre 2 y 5 horas antes de que el personal técnico en seguridad lo encontrara.¹⁴⁷ Los técnicos en seguridad en servicio en el anexo donde se encontraba asignada la Víctima 10 tardaron dos horas y media en encontrarla desde que se percataron de su ausencia,¹⁴⁸ mientras que los técnicos en seguridad en servicio en el dormitorio donde se encontró a la Víctima 10, no se habían percatado de su presencia,¹⁴⁹ aun cuando se quitó la vida con una cinta que probablemente fabricó la propia Víctima 10, con pedazos de cobija.¹⁵⁰ Tales omisiones en la vigilancia dieron lugar a que la Víctima 10 se quitara la vida, por lo que el personal técnico en seguridad violó el derecho a la vida de la Víctima 10.
320. Cabe mencionar que la sola existencia del cuarto donde se suicidó la Víctima 10, que no cuenta con puerta limitante y se encuentra fabricado con desperdicios,¹⁵¹ evidencia que las autoridades del RPVS han sido omisas respecto de este espacio al interior del Centro, sin vigilancia y con instalaciones inseguras que proveen de las condiciones necesarias para el suicidio de cualquier persona privada de la libertad, como ocurrió en este caso.¹⁵² Además, la autoridad informó que este

¹⁴³ Véase Anexo 10, evidencia 1.

¹⁴⁴ Véase Anexo 10, evidencias 1 y 2.

¹⁴⁵ Véase Anexo 10, evidencias 9, 11 y 13.

¹⁴⁶ Véase Anexo 10, evidencia 7.

¹⁴⁷ Véase Anexo 10, evidencias 3, 4, 5, 6, y 7.

¹⁴⁸ Véase Anexo 10, evidencia 3.

¹⁴⁹ Véase Anexo 10, evidencia 4.

¹⁵⁰ Véase Anexo 10, evidencias 6 y 7.

¹⁵¹ Véase Anexo 10, evidencia 7.

¹⁵² Véase Anexo 10, evidencia 7.

lugar es utilizado como taller de artesanías,¹⁵³ lo que evidencia que tienen conocimiento de su existencia y uso, a pesar de representar un riesgo para la vida de las personas bajo su custodia, por lo se acredita que las autoridades del RPVS omitieron garantizar el derecho a la vida de la Víctima 10.

321. Asimismo, en el Caso 23, el personal técnico del RPVS violó el derecho a la vida de la Víctima 23, tanto por permitir el consumo de sustancias tóxicas al interior del centro, como por la inadecuada vigilancia de esta persona bajo su custodia. Muestra de lo anterior es que, ante la falta de vigilancia, la víctima tuvo la oportunidad de autolesionarse, consumir cocaína y utilizar una aguja para quitarse la vida.¹⁵⁴ Además, fue otra persona privada de la libertad la que se percató del suceso,¹⁵⁵ lo que nuevamente evidencia la falta de vigilancia, que dio lugar a la privación de la vida de la Víctima 23.

322. En lo que toca a los Casos 8 y 18, esta Comisión acreditó que el personal de la Penitenciaría del Distrito Federal violó el derecho a la vida de la Víctima 8 y de la Víctima 18, por omitir brindarles una atención integral efectiva para mitigar riesgos conocidos por la autoridad, asociados con su discapacidad psicosocial y su dependencia crónica a sustancias. En el Caso 8, a pesar de tener conocimiento de estos dos factores de riesgo¹⁵⁶ y del tratamiento sugerido por psicólogos del RPVN y de la Penitenciaría, no existe constancia que la Víctima 8 haya recibido terapia psicológica ni que se haya incorporado a cursos. En cuanto a la dependencia crónica a sustancias, hasta 2 meses después de su traslado a la Penitenciaría se le brindó tratamiento primario en la Clínica de Atención Integral para Internos Consumidores de Drogas.¹⁵⁷ Sin embargo, la ineffectividad de esta medida se evidenció por el hecho de que la Víctima 8 falleció bajo influjos de la cocaína,¹⁵⁸ por lo que tal tratamiento primario fue insuficiente para lograr la remisión de la farmacodependencia, aunado a la falta de seguimiento posterior y la omisión por parte de las autoridades del RPVN de permitir la posesión y consumo de sustancias tóxicas. De tal forma, tales omisiones de las autoridades de la Penitenciaría vulneraron el derecho a la vida de la Víctima 8.

323. De manera similar, en el Caso 18, el personal técnico de la Penitenciaría omitió

¹⁵³ Véase Anexo 10, evidencia 5.

¹⁵⁴ Véase Anexo 23, evidencias 1, 2, 3, 6 y 8.

¹⁵⁵ Véase Anexo 23, evidencia 1.

¹⁵⁶ Véase Anexo 8, evidencias 1, 2, 8 y 12.

¹⁵⁷ Véase Anexo 8, evidencias 1, 2 y 3.

¹⁵⁸ Véase Anexo 8, evidencia 6.

brindarle una atención integral y adecuada a la Víctima 18, a pesar de tener conocimiento de sus constantes autolesiones, dependencia a drogas y discapacidad psicosocial asociada al consumo de sustancias.¹⁵⁹ La Víctima 18 no recibió ningún tratamiento o consejería respecto de sus adicciones, ni acciones de prevención un día antes de su suicidio,¹⁶⁰ a pesar de haberse autolesionado, ni medidas de prevención respecto del acceso a drogas al interior del centro de reclusión.¹⁶¹ En cambio, fue amonestado públicamente por autolesionarse,¹⁶² y a pesar de sus episodios de ansiedad, fue segregado en múltiples ocasiones, incluso por más del tiempo permitido, factor que incrementa el riesgo de suicidio.¹⁶³ Derivado de lo anterior, el personal técnico de la Penitenciaría vulneró el derecho a la vida de la Víctima 18, pues incluso se quitó la vida estando intoxicado,¹⁶⁴ lo cual pone en evidencia la serie de omisiones de la autoridad para salvaguardar la vida de la Víctima 18. Al respecto, el personal médico de la CDHDF concluyó que, tomando en cuenta los factores de riesgo que presentaba la Víctima 18, el consumo de sustancias empeoró su estado de salud mental e incrementó el riesgo de suicidio.¹⁶⁵

324. Asimismo, en los Casos 8 y 18, el personal técnico en seguridad de la Penitenciaría incumplió su deber reforzado de vigilancia en el dormitorio de personas en situación de vulnerabilidad, ya que en el Caso 8, la estancia fue cerrada por dentro, a pesar de que los técnicos en seguridad son responsables de las llaves, y no se percataron de ello hasta que otra persona privada de la libertad le informó dicha situación.¹⁶⁶ Tal falta de vigilancia por parte de los técnicos en seguridad en servicio en el dormitorio, dio lugar a que la Víctima 8 pudiera quitarse la vida, pues incluso hasta que atendieron la cuestión de la puerta de la estancia, se percataron de que la Víctima 8 se había suicidado.¹⁶⁷ Además, a pesar de tener conocimiento de los factores de riesgo a su vida, el personal técnico en seguridad omitió cumplir con su obligación de vigilar los objetos con los que cuentan las personas privadas de la libertad, ya que la Víctima 8 se privó de la vida con un cordón, objeto que representa un riesgo para la vida.¹⁶⁸ Mientras que en el Caso 18, la falta de vigilancia por parte del personal técnico en seguridad se evidenció

¹⁵⁹ Véase Anexo 18, evidencias 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 28.

¹⁶⁰ Véase Anexo 18, evidencias 3, 16.

¹⁶¹ Véase Anexo 18, evidencias 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 24.

¹⁶² Véase Anexo 18, evidencia 29.

¹⁶³ Véase Anexo 18, evidencias 10, 15 y 29.

¹⁶⁴ Véase Anexo 18, evidencias 19, 20, 21, 22, 23, 25 y 27.

¹⁶⁵ Véase Anexo 18, evidencia 27.

¹⁶⁶ Véase Anexo 8, evidencia 4.

¹⁶⁷ Véase Anexo 8, evidencia 4.

¹⁶⁸ Véase Anexo 8, evidencias 4, 7 y 9.

por el hecho de que éste no se había percatado del acto suicida de la Víctima 18, sino que fue por los gritos de otra persona privada de la libertad que tuvo noticia de que la Víctima 18 se había quitado la vida.¹⁶⁹ Estas omisiones de vigilancia por parte del personal de la Penitenciaría vulneraron el derecho a la vida de la Víctima 8, que se encontraba bajo su custodia.

325. Cabe mencionar que el día de los hechos, sólo había un técnico en seguridad asignado a la vigilancia del dormitorio,¹⁷⁰ lo que evidencia la insuficiencia del personal de vigilancia en la Penitenciaría, además de que en el dormitorio de la Víctima 8 se contaba con dos cámaras de seguridad orientadas a la entrada y al patio, no así a los pasillos del dormitorio para auxiliar en las labores de vigilancia,¹⁷¹ condiciones materiales y estructurales que contravienen la obligación de la autoridad de garantizar el derecho a la vida de las personas privadas de la libertad.

326. Acerca del Caso 9, esta Comisión acreditó que el personal del RPVS violó el derecho a la vida de la Víctima 9, ya que omitió adoptar medidas integrales efectivas, ante múltiples señales de riesgo para la vida de la Víctima 9,¹⁷² relacionadas con su discapacidad psicosocial,¹⁷³ su abandono del tratamiento,¹⁷⁴ su inasistencia a actividades deportivas y de neuróticos anónimos, dos intentos suicidas,¹⁷⁵ su consumo de sustancias tóxicas y depresiones constantes.¹⁷⁶ La inacción de las autoridades del RPVS frente a tales situaciones dio lugar a que la Víctima 9 se quitara la vida. Además, fueron omisas respecto de la posesión y consumo de sustancias tóxicas, factor que no contribuyó a la prevención del suicidio y la salvaguarda de la vida de la Víctima 9.

327. Además, el personal técnico en seguridad en servicio omitió cumplir con su obligación de vigilar y custodiar a la Víctima 9, considerando que aunado a los factores de riesgo ya mencionados, el día en que se quitó la vida, la Víctima 9 había tenido una discusión con otra persona privada de la libertad que era su pareja,¹⁷⁷ contexto que hacía evidente la necesidad de una atención y vigilancia

¹⁶⁹ Véase Anexo 18, evidencia 18.

¹⁷⁰ Véase Anexo 8, evidencia 8.

¹⁷¹ Véase Anexo 8, evidencia 8.

¹⁷² Véase Anexo 9, evidencias 1 y 4.

¹⁷³ Véase Anexo 9, evidencias 6 y 12.

¹⁷⁴ Véase Anexo 9, evidencia 2.

¹⁷⁵ Véase Anexo 9, evidencias 3 y 4.

¹⁷⁶ Véase Anexo 9, evidencias 1 y 2.

¹⁷⁷ Véase Anexo 9, evidencia 8.

particular, que no se le proporcionó a la Víctima 9. Fue hasta el pase de lista nocturno, que el personal técnico en seguridad se percató del suicidio.¹⁷⁸ Tales omisiones del personal técnico en seguridad del RPVS vulneraron el derecho a la vida de la Víctima 9.

328. En lo que hace al Caso 16, el personal del RPVN incumplió con su deber reforzado de salvaguardar la vida de la Víctima 16, sobre todo teniendo conocimiento de factores de riesgo para su vida relacionados con su discapacidad psicosocial, múltiples intentos suicidas y autolesiones desde su niñez, asociadas con el consumo de sustancias tóxicas, sentimientos crónicos de tristeza y desesperación, así como percepción continua de abandono, lo que se vincula con su situación de calle antes de ingresar al RPVN. A pesar de tener conocimiento de tales situaciones de riesgo, las omisiones en la vigilancia y la ineffectividad de la atención proporcionada por parte del personal técnico del RPVN, vulneró el derecho a la vida de la Víctima 16.

329. En este caso nuevamente se evidenció la ineffectividad de la permanencia de la Víctima 16 en CEVAREPSI por 3 meses, así como de su incorporación al programa SICAVI. Incluso, posterior a su alta médica de CEVAREPSI, continuó con los mismos diagnósticos por parte del personal técnico, y con el consumo de sustancias. Por lo tanto, las autoridades del RPVN incumplieron su obligación de garantizar el derecho a la vida de la Víctima 16, al permitir la posesión y consumo de sustancias tóxicas,¹⁷⁹ inclusive al momento de su muerte se encontraba bajo los influjos del alcohol,¹⁸⁰ lo cual “fue un factor que pudo contribuir a la causa de muerte, sobre todo por los antecedentes psiquiátricos de la Víctima 16”.¹⁸¹ Esto evidencia la falta de cuidado de las autoridades del RPVN y el ineffectivo tratamiento a sus adicciones, por lo que vulneraron su derecho a la vida.

330. Aunado a lo anterior, el personal técnico en seguridad incumplió con su obligación de vigilar y salvaguardar la vida de la Víctima 16, sobre todo ante su especial situación de vulnerabilidad. Prueba de ello es que en uno de los intentos de suicidio, la Víctima 16 tuvo acceso a un cuchillo, y el día de su muerte, contó con una cinta plástica, además que fueron las otras personas privadas de la libertad quienes se percataron del suicidio, realizaron las primeras maniobras de auxilio y dieron aviso al personal técnico en seguridad, sin que éste cumpliera con su deber

¹⁷⁸ Véase Anexo 9, evidencias 6 y 7.

¹⁷⁹ Véase Anexo 16, evidencias 4, 10, 11, 12, 20, 21 y 23.

¹⁸⁰ Véase Anexo 16, evidencias 17, 18 y 23.

¹⁸¹ Véase Anexo 16, evidencia 23.

de vigilancia, dando lugar a que la Víctima 16 se quitara la vida.¹⁸² Por lo que el personal técnico en seguridad violó el derecho a la vida de la Víctima 16.

331. En el Caso 2, el personal del CFRST vulneró el derecho a la vida de la Víctima 2, ya que omitió brindarle una atención efectiva e integral para prevenir su suicidio frente a riesgos conocidos por la autoridad, relacionados con la discapacidad psicosocial de la Víctima 2, su dependencia grave a sustancias tóxicas, delirios exacerbados por el consumo de las mismas, deficiente apego al tratamiento medicamentoso, tres intentos de suicidio y fuertes sentimientos de abandono, soledad y depresión, aunado al poco apoyo externo con el que contaba, pues incluso vivía en situación de calle antes de ingresar al CFRST.¹⁸³ La ineffectividad del tratamiento se evidenció con su recaída después de concluir el programa contra adicciones,¹⁸⁴ lo cual omitió salvaguardar su integridad y vida, pues el consumo de sustancias exacerbaba su estado de salud mental y física. A pesar de tales factores de riesgo, las autoridades del CFRST omitieron adoptar las medidas adecuadas de prevención y cuidado para salvaguardar su vida e incluso en una ocasión la aislaron por ocho días,¹⁸⁵ factor situacional que pudo agravar las situaciones antes referidas, considerando además los efectos negativos del propio tratamiento psiquiátrico en internamiento al que estaba sujeto la Víctima 2.

332. Aunado a lo anterior, el personal técnico en seguridad violó el derecho a la vida de la Víctima 2, pues, a pesar de que el personal técnico penitenciario recomendó que se tuviera vigilancia estrecha de la Víctima 2, el día que se quitó la vida, no había guardia nocturna asignada al dormitorio donde se encontraba.¹⁸⁶ Tal falta de vigilancia dio lugar a que la Víctima 2 se pudiera quitar la vida, sin que el personal técnico en seguridad salvaguardara su vida, pues incluso fueron otras personas privadas de la libertad las que se percataron del hecho y les dieron aviso.¹⁸⁷

333. En cuanto al Caso 5, el personal del CFRST violó el derecho a la vida de la Víctima 5, por las medidas inadecuadas que adoptó para su atención y por la omisión de prevenir efectivamente su consumo de sustancias tóxicas, que desencadenaban trastornos psicóticos.¹⁸⁸ Resalta la omisión de las autoridades del CFRST respecto del acceso y consumo de sustancias tóxicas al interior del

¹⁸² Véase Anexo 16, evidencias 9, 13 y 14.

¹⁸³ Véase Anexo 2, evidencias 1, 4, 5, 6, 17 y 18.

¹⁸⁴ Véase Anexo 2, evidencias 8 y 21.

¹⁸⁵ Véase Anexo 2, evidencia 19.

¹⁸⁶ Véase Anexo 2, evidencias 13 y 20.

¹⁸⁷ Véase Anexo 2, evidencia 9.

¹⁸⁸ Véase Anexo 5, evidencias 5 y 15.

centro y de la propia Torre Médica Tepepan, lo cual deterioraba la salud mental de la Víctima 5 que vivía con discapacidad psicosocial. Aunado a lo anterior, en incumplimiento de su deber reforzado de cuidado y garantía respecto de la integridad y vida de la Víctima 5 que se encontraba en especial situación de vulnerabilidad,¹⁸⁹ las autoridades del CFRST mantuvieron a la Víctima 5 al menos dos semanas en aislamiento,¹⁹⁰ en malas condiciones, lo cual representa una situación generada por la autoridad que puso en mayor riesgo la vida de la Víctima 5, incluso generándole mayor desesperación, deseo de consumir sustancias e ideas suicidas, como asentó el personal médico del CFRST.¹⁹¹ A pesar de todos estos riesgos para la vida de la Víctima 5 y la necesidad de vigilancia constante, el personal técnico en seguridad se negó a su egreso del aislamiento¹⁹² y omitió cumplir con su consigna de realizar rondines constantes durante la noche,¹⁹³ sin percatarse de las acciones que realizó la Víctima 5 para quitarse la vida.¹⁹⁴ Por lo anterior, el personal del CFRST violó el derecho a la vida de la Víctima 5.

334. En el Caso 6, el personal del CFRST violó el derecho a la vida de la Víctima 6, al omitir brindarle una atención integral efectiva, así como adecuada vigilancia, por factores de riesgo de suicidio que eran de conocimiento de la autoridad, tales como su discapacidad psicosocial, constantes autoagresiones, episodios alucinantes auditivos imperativos de suicidio relacionados con el consumo de sustancias tóxicas, abandono del tratamiento y depresión crónica, ideación e intento suicida derivado de la falta de visita familiar.¹⁹⁵ Sin embargo, el tratamiento brindado fue inefectivo, teniendo pobre respuesta al mismo y deterioro de su salud mental, como señaló el personal médico del centro, aunado a la omisión de las autoridades del CFRST respecto del acceso, posesión y consumo de sustancias tóxicas, lo que interfería en su mejoría y le generaba eventos psicóticos, autoagresiones¹⁹⁶ y un intento suicida,¹⁹⁷ lo que acredita la omisión del personal del CFRST de garantizar el derecho a la vida de la Víctima 6.

335. Aunado a lo anterior, el personal técnico en seguridad del CFRST violó el derecho a la vida de la Víctima 6, ya que omitió realizar una vigilancia estrecha y constante

¹⁸⁹ Véase Anexo 5, evidencias 1, 2, 3, 4, 7, 8 y 15.

¹⁹⁰ Véase Anexo 5, evidencia 8.

¹⁹¹ Véase Anexo 5, evidencia 9.

¹⁹² Véase Anexo 5, evidencias 8, 9, 10 y 16.

¹⁹³ Véase Anexo 5, evidencia 6, 7 y 16.

¹⁹⁴ Véase Anexo 5, evidencia 10, 11, 12, 13, 14, 18.

¹⁹⁵ Véase Anexo 6, evidencias 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 9.

¹⁹⁶ Véase Anexo 6, evidencias 4 y 6.

¹⁹⁷ Véase Anexo 6, evidencia 9.

de la Víctima 6,¹⁹⁸ como sugirió el personal médico del centro para salvaguardar su integridad y su vida ante los riesgos de autoagresión y suicidio que presentaba. Muestra de lo anterior son las múltiples ocasiones en las que se autolesionó,¹⁹⁹ así como el hecho de que el personal técnico en seguridad en servicio en el dormitorio donde se encontraba, la dejara sin vigilancia mientras las demás mujeres privadas de la libertad realizaban su llamada telefónica. Asimismo, las autoridades del CFRST omitieron garantizar el derecho a la vida de la Víctima 6, por las condiciones estructurales de la estancia que “favorecen que una persona esté suspendida de un punto fijo”²⁰⁰ como lo hizo la Víctima 6 al utilizar barrote como punto de colgamiento.²⁰¹ Por lo anterior, el personal del CFRST violó el derecho a la vida de la Víctima 6.

336. Asimismo, en el Caso 22, el personal técnico del CFRST vulneró el derecho a la vida de la Víctima 22, ya que omitió brindarle una atención efectiva e integral para prevenir su suicidio frente a riesgos conocidos por la autoridad, relacionados con la discapacidad psicosocial de la Víctima 22, su dependencia, uso y abuso grave a sustancias tóxicas, el profundo sentimiento de culpa por el delito imputado, constantes autolesiones e intentos suicidas.²⁰² Prueba de la ineffectividad de la atención brindada fue que la Víctima 22 supuestamente concluyó de forma satisfactoria el programa contra adicciones, sin embargo, después del mismo recayó hasta quitarse la vida, lo cual fue posible ante la falta de vigilancia mientras se repartían los alimentos, a pesar del inminente riesgo de suicidio que presentaba la Víctima 22.

337. En lo que respecta a los Casos 11 y 17, las autoridades del RPVO y del RPNV, respectivamente, violaron el derecho a la vida de la Víctima 11 y de la Víctima 17, ya que omitieron cumplir con su obligación reforzada de salvaguardar su vida ante factores de riesgos conocidos, relacionados con antecedentes de autolesiones, intentos suicidas y uso grave de sustancias tóxicas. La Víctima 11 permaneció 60 días en el CDUDT,²⁰³ quince días más de lo establecido por la ley, sin recibir una atención integral, pues no obra constancia de que haya sido incorporado a actividades deportivas ni cursos, ni que haya sido valorado por psiquiatría, como sugirió el personal de psicología del RPVO. En el caso de la Víctima 17, a pesar

¹⁹⁸ Véase Anexo 6, evidencias 7 y 8

¹⁹⁹ Véase Anexo 6, evidencias 17, 18, 25, 27 y 36.

²⁰⁰ Véase Anexo 6, evidencia 40.

²⁰¹ Véase Anexo 6, evidencia 40.

²⁰² Véase Anexo 22, evidencias 1, 2, 3, 4, 5 y 13.

²⁰³ Véase Anexo 11, evidencias 1 y 9.

de que cursaba un trastorno del estado de ánimo, consumo de drogas que deterioraba su salud mental, e intentos previos de suicidio bajo el influjo de las mismas, no se le brindó atención integral, lo que derivó en que se pudiera quitar la vida, por lo cual el personal técnico del RPVN omitió garantizar su derecho a la vida.²⁰⁴

338. Además, las autoridades del RPVO omitieron garantizar el derecho a la vida de la Víctima 11 y de la Víctima 20, al ser omisas en la posesión y consumo de sustancias por parte de éstas, a pesar de las situaciones de riesgo que presentaban. De forma similar, la Víctima 20 permaneció 2 meses en el CDUDT, y falleció bajo los influjos de cocaína, lo cual pudo contribuir a su causa de muerte, lo que evidencia las omisiones de las autoridades del RPVO de garantizar su derecho a la vida.

339. Aunado a lo anterior, el personal técnico en seguridad del RPVO y del RPVN omitieron cumplir con su deber de vigilancia en los Casos 11 y 17, respectivamente, pues en el Caso 11 permitieron que la reja estancia 12 fuera cubierta con cobijas, lo que propició la falta de vigilancia necesaria para que la Víctima 11 se quitara la vida. Además, el personal técnico en seguridad no se percató de que la Víctima 11 se autolesionó antes de suicidarse, para lo cual tuvo acceso a un rastrillo y a una cinta, lo cual nuevamente evidencia el incumplimiento del personal técnico en seguridad de vigilar y salvaguardar la integridad y la vida de la Víctima 11, vulnerando su derecho a la vida. Destaca que el día de la muerte de la Víctima 11, el RPVO no contaba con cámaras de seguridad en la zona 7 del CDUDT para reforzar la vigilancia y custodia de dicha zona, lo cual constituye una omisión de las autoridades del RPVO de garantizar el derecho a la vida de la Víctima 11. Mientras que en el Caso 17, el personal técnico en seguridad del RPVN incumplió con su deber de vigilar adecuadamente para salvaguardar la vida de la Víctima 17, lo que se evidenció por la dilación de casi 5 horas después del pase de lista en percatarse de su ausencia, así como por la inadecuada vigilancia respecto de las telas que la Víctima 17 tenía autorizadas para artesanías, pero con las que finalmente se quitó la vida, sin tomar en cuenta los factores de riesgo a la vida de la Víctima.²⁰⁵

340. En el Caso 1 se acreditó que el personal del CFRSSMA violó el derecho a la vida de la Víctima 1, ya que omitieron atender de forma integral y adecuada las señales

²⁰⁴ Véase Anexo 17, evidencias 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20.

²⁰⁵ Véase Anexo 17, evidencias 2, 3, 11, 12, 13, 14, 15, 18 y 20.

de riesgo de suicidio de la Víctima 1,²⁰⁶ quien se encontraba en mayor situación de vulnerabilidad por estar esperando ser sentenciada,²⁰⁷ y por haber presentado dos intentos previos de suicidio.²⁰⁸ No obra constancia de que le hayan dado seguimiento a la Víctima 1 para evitar nuevos intentos, lo que dio lugar a que 5 días después del primer intento nuevamente intentara suicidarse, y finalmente lo lograra al tercer intento el mismo día.²⁰⁹

341. Además de la falta de seguimiento, las medidas adoptadas por el personal técnico en seguridad del CFRSSMA fueron inadecuadas para salvaguardar la vida de la Víctima 1, pasando por alto los factores de riesgo que eran de su conocimiento, relacionados con los intentos de suicidio y con que el día de su muerte fue llevada a la audiencia de desahogo de pruebas, en medio de una crisis de ansiedad y estando intoxicada.²¹⁰ A pesar de tales situaciones de riesgo para la vida de la Víctima 1, el personal técnico en seguridad la trasladó al Módulo de Conductas Especiales y, posteriormente, la dejó sola en el dormitorio,²¹¹ factor situacional que propició el suicidio, ya que la Víctima 1 incluso pidió al personal de seguridad y custodia que no la encerraran porque se mataría,²¹² por lo que incumplieron su deber reforzado de garantizar el derecho a la vida la Víctima 1. Además, el personal de seguridad y custodia incumplió su obligación de llevar el control de las llaves de los dormitorios, ya que no encontraron las del dormitorio donde se encontraba la Víctima 1,²¹³ lo que retrasó el ingreso del personal médico, en contravención de la obligación de garantizar el derecho a la vida.

342. Aunado a lo anterior, las autoridades del CFRSSMA fueron omisas respecto de la posesión y consumo de sustancias tóxicas,²¹⁴ y omitieron brindarle a la Víctima 1 un tratamiento contra adicciones, en contravención de su obligación de garantizar el derecho a la vida de la Víctima 1, quien tenía antecedentes de farmacodependencia y falleció bajo los influjos de marihuana y cocaína.²¹⁵ Asimismo, las autoridades del CFRSSMA omitieron garantizar el derecho a la vida de la Víctima 1, debido a que los barrotes de la ventana del dormitorio I del Módulo de Conductas Especiales presenta cualidades idóneas para ser utilizada para

²⁰⁶ Véase Anexo 1, evidencias 1, 13, 16, 18 y 19.

²⁰⁷ Véase Anexo 1, evidencias 6 y 21.

²⁰⁸ Véase Anexo 1, evidencias 1, 16 y 19.

²⁰⁹ Véase Anexo 1, evidencias 10 y 11.

²¹⁰ Véase Anexo 1, evidencias 5 y 6.

²¹¹ Véase Anexo 1, evidencias 11, 19 y 20.

²¹² Véase Anexo 1, evidencia 20.

²¹³ Véase Anexo 1, evidencias 9 y 19.

²¹⁴ Véase Anexo 1, evidencias 1, 2, 4, 5 y 7,

²¹⁵ Véase Anexo 1, evidencia 15.

maniobras de suicidio, como señaló el perito en criminalística de la PGJ,²¹⁶ lo que denota la omisión de salvaguardar el derecho a la vida de las personas privadas de la libertad en el CFRSSMA mediante una infraestructura segura.

343. En cuanto al Caso 12, las autoridades del RPN violaron el derecho a la vida de la Víctima 12, ya que omitieron brindarle una atención integral para prevenir el consumo de sustancias y el riesgo de suicidio. A pesar de que el personal de psicología y trabajo social identificó sus antecedentes de consumo de sustancias²¹⁷ y le sugirió como tratamiento la asistencia a pláticas, centro escolar, bolsa de trabajo, grupo de farmacodependencia y tratamientos auxiliares,²¹⁸ no hay constancia de que se incorporara a tales actividades, ni de que se le diera seguimiento a sus antecedentes de consumo con remisión sostenida, sino que por el contrario, al interior del RPN, siguió consumiendo sustancias, y al fallecer se encontraba bajo los influjos de la cocaína y presentaba intoxicación etílica grave.²¹⁹ Esto muestra la inadecuada atención brindada, así como la omisión de las autoridades del RPN respecto de la posesión y consumo de drogas al interior del centro, lo que vulneró el derecho a la vida de la Víctima 12.
344. Aunado a lo anterior, el personal técnico en seguridad incumplió con sus funciones de vigilancia y custodia de la Víctima 12, pues a pesar de estar realizando una comisión, la falta de vigilancia de la Víctima 12 por 1 hora y 40 minutos,²²⁰ desde que pasó lista hasta que la encontraron sin vida, constituye una omisión de salvaguardar el derecho a la vida de la Víctima 12, pues dio lugar a que atentara contra su vida. A esto se suma la aquiescencia de las autoridades del RPN para que la Víctima 12 desarrollara su comisión en horario nocturno²²¹ en el que el personal técnico en seguridad debe asegurarse de que las personas privadas de la libertad permanezcan en su estancia. Por lo anterior, el personal del RPN violó el derecho a la vida de la Víctima 12.
345. En el Caso 13, el personal del RPN violó el derecho a la vida de la Víctima 13, ya que omitió garantizar este derecho mediante una atención integral y efectiva respecto de sus antecedentes de consumo de alcohol, su consumo habitual de sustancias al interior del centro y signos de depresión identificados por el personal

²¹⁶ Véase Anexo 1, evidencias 12 y 26.

²¹⁷ Véase Anexo 12, evidencias 1 y 2.

²¹⁸ Véase Anexo 12, evidencia 3.

²¹⁹ Véase Anexo 12, evidencias 11, 12, y 17.

²²⁰ Véase Anexo 12, evidencias 4 y 5.

²²¹ Véase Anexo 12, evidencias 4 y 5.

técnico en seguridad. A pesar de que el personal de psicología del RPVN recomendó que la Víctima 13 se incorporara al grupo de alcohólicos anónimos y farmacodependencia, no obra constancia de tales actividades ni de un seguimiento por parte del personal técnico penitenciario. Derivado de tales omisiones del personal de garantizar el derecho a la vida de la Víctima 13, ésta se quitó la vida estando bajo el influjo de marihuana,²²² lo que además evidencia la omisión de las autoridades del RPVN de vigilar la posesión y consumo de tales sustancias.

346. Aunado a lo anterior, el personal técnico en seguridad violó el derecho a la vida de la Víctima 13, al incumplir con su deber de vigilancia, pues a pesar de los signos de depresión, permitieron que la Víctima tuviera acceso a un lazo, y transcurrieron 4 horas entre el último pase de lista y el momento en que se percataron de su ausencia;²²³ tampoco el personal de seguridad del lugar donde fue encontrado se percató de su presencia. Es de mencionar que el día del suicidio de la Víctima 13, el RPVN sólo contaba con 145 personas técnicas en seguridad para realizar las funciones de vigilancia de 10,839 personas privadas de la libertad,²²⁴ por lo que tal cuestión estructural de sobrepoblación e insuficiencia de personal, también dio lugar a la violación del derecho a la vida de la Víctima 13. Además, las autoridades del RPVN omitieron garantizar este derecho de la Víctima 13, ya que los barrotes de una ventana fueron usados como punto de ahorcamiento, visibilizando la inseguridad e inadecuación de tales instalaciones al exterior del comedor.

347. Respecto del Caso 14, el personal del CERESOVA vulneró el derecho a la vida de la Víctima 14, pues a pesar de que tuvieron conocimiento en al menos 4 ocasiones de su dependencia grave a sustancias tóxicas,²²⁵ omitieron proporcionarle atención integral y efectiva; sólo se le inscribió al grupo de Alcohólicos Anónimos,²²⁶ lo cual no evitó que tuviera una crisis convulsiva mientras estaba intoxicado, ni se le brindó otro tratamiento durante tal suceso. Tal omisión de garantizar su derecho a la vida se vio comprobada por el hecho de que la Víctima 14 falleciera bajo los influjos de cocaína. Además de la ineffectividad de los grupos contra adicciones en CERESOVA, evidencia la omisión de las autoridades de vigilar la posesión y consumo de tales sustancias al interior del centro, en contravención del su derecho a la vida de la Víctima 14.

²²² Véase Anexo 13, evidencias 1 y 2.

²²³ Véase Anexo 13, evidencias 3, 4, 5, 6 y 7.

²²⁴ Véase Anexo 13, evidencia 13.

²²⁵ Véase Anexo 14, evidencias 1, 2, 3, 4, 10 y 13.

²²⁶ Véase Anexo 14, evidencia 15.

348. Aunado a lo anterior, el personal de seguridad y custodia del CERESOVA incumplió su deber de vigilancia y resguardo del dormitorio A, ya que la entrada del baño se encontraba cubierta por una cobija y no se percataron de la muerte de la Víctima 14 hasta que otra persona privada de la libertad les dio aviso.²²⁷ Tales omisiones del personal técnico en seguridad vulneraron el derecho a la vida de la Víctima 14, permitiendo que existieran las condiciones necesarias para que se quitara la vida. Es preciso mencionar que aunado a lo anterior, tales omisiones tuvieron lugar en un contexto de insuficiencia de personal técnico en seguridad en el CERESOVA, así como de la falta de cámaras de seguridad para la salvaguarda de la vida de la Víctima 14.²²⁸
349. Asimismo, en los Casos 3 y 4, el personal del CFRSSMA omitió garantizar el derecho a la vida de las Víctimas 3 y 4, al omitir brindarles una atención efectiva a su farmacodependencia, así como por incumplir sus funciones de vigilancia.
350. A pesar de que la Víctima 3 hizo del conocimiento de personal técnico penitenciario que buscaba no recaer en el consumo de sustancias,²²⁹ y que se le invitó a dos programas contra adicciones,²³⁰ tales medidas resultaron inefectivas, pues al momento de quitarse la vida, la Víctima 3 se encontraba bajo el influjo de cocaína.²³¹ Aunado a lo anterior, el personal técnico en seguridad del CFRSSMA incumplió su deber de vigilancia ya que, de acuerdo con el personal médico de la CDHDF, la Víctima 3 permaneció entre 6 y 10 horas sobre el piso antes de que la encontraran,²³² lo que denota una prolongada falta de vigilancia. Fue hasta el pase de lista de la mañana, que el personal de seguridad se dio cuenta de la ausencia de la Víctima 3,²³³ de lo que se deduce que no realizaron rondines constantes en el dormitorio para salvaguardar el derecho a la vida de las personas que estaban bajo su custodia. Por las omisiones anteriores, el personal del CFRSSMA vulneró el derecho a la vida de la Víctima 3.
351. A su vez, a pesar de que la Víctima 4 fue incorporada a programas de adicciones²³⁴ y se encontraba en un dormitorio destinado a mujeres privadas de la

²²⁷ Véase Anexo 14, evidencia 6.

²²⁸ Véase Anexo 14, evidencia 12.

²²⁹ Véase Anexo 3, evidencia 2.

²³⁰ Véase Anexo 3, evidencias 3 y 4.

²³¹ Véase Anexo 3, evidencia 10.

²³² Véase Anexo 3, evidencia 11.

²³³ Véase Anexo 3, evidencia 6.

²³⁴ Véase Anexo 4, evidencia 2.

libertad con antecedentes de dependencia a sustancias tóxicas, tales medidas del CFRSSMA resultaron inefectivas frente a su consumo de sustancias en grado disfuncional, pues al momento de quitarse la vida, la Víctima 4 se encontraba bajo los influjos de cocaína.²³⁵ Aunado a lo anterior, el personal técnico en seguridad incumplió su obligación de garantizar el derecho a la vida de la Víctima 4, sobre todo ante factores de riesgo conocidos por la autoridad que requerían un mayor cuidado respecto de su vigilancia, pues 12 días antes de que se quitara la vida se dictó sentencia condenatoria en su contra,²³⁶ mientras que un día antes se enteró de una agresión contra su pareja, cuestiones que afectaron su estado emocional e implicaban un mayor riesgo para un intento suicida. A pesar de tener conocimiento de lo anterior, el personal técnico en seguridad incumplió sus funciones de vigilancia, vulnerando con ello el derecho a la vida de la Víctima 4, pues según el perito en criminalística de la PGJ, al menos cuarenta minutos después de que la Víctima 4 se quitara la vida, fue que dicho personal se dio cuenta de lo ocurrido y de que la estancia se encontraba cerrada por dentro.²³⁷ Resalta que el personal médico de la CDHDF incluso señala que los hechos pudieron ocurrir al menos dos horas, cincuenta minutos antes de que el personal técnico en seguridad del CFRSSMA se diera cuenta,²³⁸ lo que evidencia el incumplimiento en su deber de vigilancia constante para garantizar el derecho a la vida de la Víctima 4.

VII. Posicionamiento de la CDHDF sobre la violación de derechos humanos

352. Partiendo del reconocimiento que hace nuestra Constitución Federal de la organización del Sistema Penitenciario sobre la base del respeto a los derechos humanos, estableciendo el derecho a la vida y el deber de garante y de cuidado por parte del estado para lograr la reinserción de las personas privadas de la libertad, la emisión de este instrumento tiene el fin último de llamar la atención de las autoridades y encauzarlas hacia el cumplimiento de este importante deber.
353. La presente Recomendación retoma y analiza las vivencias de las Víctimas durante su estancia en los centros penitenciarios; identificando cada uno de los elementos comunes de riesgo que se cruzaron, derivando en el final anticipado de sus vidas. Sobre estos factores, señalados anteriormente, la Comisión reflexiona e insta a las autoridades a cumplir con sus obligaciones generales de respeto y

²³⁵ Véase Anexo 4, evidencia 8.

²³⁶ Véase Anexo 4, evidencia 6.

²³⁷ Véase Anexo 4, evidencias 3, 5 y 6.

²³⁸ Véase anexo 4, evidencia 7.

garantía del derecho humano a la vida y sus obligaciones derivadas del deber de cuidado y de garante de las personas privadas de libertad.

354. La Comisión ve con preocupación la coexistencia de diversos factores de riesgo que se han generado y agravado a lo largo del tiempo debido al abandono que sufre actualmente el sistema y a la participación directa, tolerancia o aquiescencia de diversos actores clave en su perpetuación. En los casos documentados en la presente recomendación se da cuenta de cómo en cada uno de los actos suicidas confluyen factores personales, como vivir con discapacidad psicosocial, consumo de sustancias psicoactivas, antecedentes familiares de suicidio, sentimientos de culpabilidad o vergüenza; factores relacionados con la situación procesal como el ingreso al centro penitenciario, el momento de la sentencia, la espera de una decisión judicial; factores externos como discriminación, abuso físico, psíquico o sexual, rechazo por su entorno social de origen o familia, situaciones de duelo; y factores que son estructurales en los sistemas penitenciarios como la carencia de una estancia digna.
355. Aunado a ello, es impostergable tomar conciencia sobre los prejuicios sociales que permean de forma negativa en las personas privadas de libertad y su posibilidad de reinserirse en una sociedad que les deshumaniza al ingresar a las instituciones penitenciarias, justificando el olvido, el abandono y el castigo dando pie a conductas transgresoras de derechos humanos como la salud, la integridad personal e, incluso, la vida.
356. En tal sentido, es necesario visibilizar la multiplicidad de efectos negativos que existen alrededor de los suicidios, así como la cantidad de personas que resultan afectadas. En primer lugar, la Víctima directa; en segundo lugar, sus familiares y personas cercanas que de manera alguna sostenían vínculos sociales, económicos o de cualquier tipo con ella, perjudicando su modo y proyecto de vida; en tercer lugar, otras personas internas, en quienes se pueden generar diferentes efectos psicoemocionales e, incluso, pueden llegar a buscar la imitación del acto; en cuarto lugar, el personal del centro y, finalmente, la sociedad que vislumbra una falta de garantía de los derechos por parte de las autoridades.
357. Ahora bien, la Comisión reconoce los esfuerzos realizados por las autoridades de la Ciudad de México en el desarrollo y aplicación del Programa para Prevenir el Riesgo Suicida en Personas Privadas de la Libertad, que busca contar con personal técnico capacitado para la aplicación de un Modelo de Detección de

Personas Privadas de la Libertad con Riesgo Suicida y su seguimiento clínico, a través de dos actividades básicas: Evaluación-Detección mediante la “Escala Potencial de Suicidio de Plutchick” y en caso de resultar positivo, entrevista clínica confirmatoria del riesgo suicida a fin de canalizar al área psiquiátrica del servicio médico.²³⁹ No obstante, el programa parece enfocarse exclusivamente en el área de salud mental para resolver un problema integral derivado de factores estructurales que, de no ser atendidos, impedirán la disminución y eventual erradicación de suicidios e intentos de suicidio.

358. Asimismo, es de suma importancia atender y detener las prácticas inconstitucionales como el aislamiento prolongado e injustificado impuesto como una forma de medida correctiva por parte de las autoridades penitenciarias hacia las personas privadas de la libertad. Dichos factores suelen generar efectos adversos como sentimientos de depresión, ansiedad y/o estrés que, si no son atendidos de forma diligente y oportuna, pueden tener consecuencias fatales.
359. Por otro lado, de los casos investigados se desprende la existencia de un patrón de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas por parte de las Víctimas directas, lo que evidencia una situación psicoemocional en las personas privadas de libertad que, de ser reconocida y atendida de forma oportuna, podría prevenir que tomaran la decisión de privarse de la vida. En tal sentido, en tanto siga existiendo consumo de estas sustancias, es necesario implementar programas integrales que prevengan, atiendan y traten el uso problemático de las mismas, incluyendo estrategias de reducción del daño que pongan en el centro los derechos humanos de las personas privadas de libertad.
360. Finalmente, la Comisión se pronuncia en relación a la importancia de hacer efectiva la Ley Nacional de Ejecución Penal e impulsar un sistema de reinserción social sobre la base de los derechos humanos, el trabajo y la capacitación para el mismo, la salud, la educación y el deporte que permita una efectiva reinserción de las personas privadas de la libertad. Estas bases deben considerarse de manera integral para proponer soluciones holísticas para la prevención del suicidio dentro del Sistema Penitenciario.

VIII. Obligación de reparar a las Víctimas de violaciones de derechos humanos

²³⁹ Excelsior, Seguridad, Capacitan a personal para prevenir suicidios en Reclusorios, véase en <http://www.excelsior.com.mx/comunidad/2015/11/17/1057878>, consultado el 12 de junio de 2018.

361. Las personas son el eje transversal de todas aquellas medidas que el Estado ejecuta en atención a su deber de reparar el daño a las Víctimas de violaciones de derechos humanos, en relación al incumplimiento de los agentes estatales de sus obligaciones de respetar, proteger, promover y garantizar los derechos humanos.²⁴⁰
362. En un Estado Democrático de Derecho, toda persona debe tener la seguridad de que, en caso de sufrir una violación a sus derechos humanos, gozará de la posibilidad de reclamar que el responsable de esa afectación asuma sus consecuencias. De igual manera, el Estado, como garante de esos derechos, debe asumir la obligación de resarcir los daños que sus agentes provoquen a una persona, ya sea Víctima directa o Víctima indirecta. Al respecto, la SCJN ha determinado que:

Las Víctimas de violaciones a los derechos humanos o sus familiares tienen derecho a la reparación adecuada del daño sufrido, la cual debe concretarse a través de medidas individuales tendentes a restituir, indemnizar y rehabilitar a la Víctima, así como de medidas de satisfacción de alcance general y garantías de no repetición, mediante los procedimientos previstos legalmente para esos efectos, lo cual no es una concesión graciosa, sino el cumplimiento de una obligación jurídica. Lo anterior, deriva tanto de régimen previsto constitucionalmente como de los instrumentos internacionales ratificados por México y de los criterios de organismos internacionales, los cuales se manifiestan claramente en el sentido de que es un derecho efectivo de las personas agraviadas a nivel fundamental obtener una reparación proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido.²⁴¹

363. Aunado a lo anterior, el apartado C del artículo 5 y el apartado J del artículo 11 de la Constitución Política de la Ciudad de México,²⁴² protegen, entre otros, el derecho a la reparación integral por violaciones a derechos humanos; asimismo, la

²⁴⁰ CPEUM. art. 1.

²⁴¹ Tesis P./LXVII/2010, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, enero de 2011, t. XXXIII p. 28.

²⁴² La reparación integral por la violación de los derechos humanos incluirá las medidas de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica, conforme a lo previsto por la ley. 2. Toda persona tiene derecho a la memoria, a conocer y preservar su historia, a la verdad y a la justicia por hechos del pasado. 3. La ley establecerá los supuestos de indemnización por error judicial, detención arbitraria, retraso injustificado o inadecuada administración de justicia en los procesos penales.

Ley de Responsabilidad Patrimonial del Distrito Federal, la Ley de Víctimas para la Ciudad de México²⁴³ y los Lineamientos para el pago de indemnización económica derivada de las Recomendaciones o Conciliaciones de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal o la Comisión de los Derechos Humanos, establecen disposiciones para la reparación integral del daño.

364. En los dos últimos instrumentos normativos se establece que la reparación debe ser apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, por lo que, la reparación implicará una justa indemnización a las Víctimas, misma que deberá ser adecuada y proporcional a los daños derivados por las violaciones ocurridas.
365. Específicamente, la Ley de la CDHDF, en su artículo 46, párrafo segundo, establece: “en el proyecto de Recomendación, se señalarán las medidas que procedan para la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y, si procede para la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado”.
366. Asimismo, la Ley de Víctimas para la Ciudad de México, reconoce el derecho a la reparación integral de las Víctimas, Víctimas indirectas y Víctimas potenciales de violaciones a derechos humanos, cuyos principios rectores son: el enfoque diferencial y especializado, la buena fe, complementariedad, confidencialidad, consentimiento informado, debida diligencia, enfoque transformador, gratuidad, principio pro-Víctima, integralidad, máxima protección, desvictimización y dignidad²⁴⁴. Por lo tanto, las medidas para la reparación integral deben considerar una atención especializada e integral que responda a las particularidades y grado de vulnerabilidad de cada una de las Víctimas.
367. A su vez, el deber de reparar a cargo del Estado por violaciones de derechos humanos, encuentra sustento en los sistemas universal y regional de protección de derechos humanos. En el ámbito universal, se encuentra contemplado en los *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las Víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones*

²⁴³ Decreto por el que se Abroga la Ley de Atención y Apoyo a las Víctimas del Delito, para el Distrito Federal y se expide la Ley de Víctimas para la Ciudad de México. Publicada en la *Gaceta Oficial de la Ciudad de México* el 19 de febrero de 2018.

²⁴⁴ Ley de Víctimas para la Ciudad de México, art. 5.

*graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones,*²⁴⁵ que establecen en su numeral 15:

Una reparación adecuada, efectiva y rápida tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o las violaciones graves del derecho internacional humanitario. La reparación ha de ser proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido.

368. En virtud de lo anterior, las Víctimas tienen derecho a que el Estado adopte medidas integrales de reparación de los daños causados, sancione a los culpables y ejecute medidas que garanticen la no repetición de los hechos que motivaron la violación.

369. En el sistema regional, la CADH establece esta obligación en su artículo 63.1, que señala que se garantizará a la persona lesionada en el goce de su derecho conculcado, y se repararán las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada.

370. Al respecto, la Corte IDH ha establecido que la obligación de reparar:

Refleja una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre la responsabilidad de los Estados. De esta manera, al producirse un hecho ilícito imputable a un Estado, surge de inmediato la responsabilidad internacional de éste por la violación de la norma internacional de que se trata, con el consecuente deber de reparación y de hacer cesar las consecuencias de la violación.²⁴⁶

371. En cuanto al alcance y contenido de las reparaciones, la Corte IDH ha precisado que éstas “consisten en las medidas que tienden a hacer desaparecer los efectos

²⁴⁵ ONU, A/RES/60/147, *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las Víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*, 21 de marzo de 2006.

²⁴⁶ Corte IDH, *Caso Acevedo Jaramillo y otros vs. Perú, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Sentencia de 7 de Febrero de 2006, Serie C, No. 144, párr. 295.

de las violaciones cometidas. Su naturaleza [...] depende del daño ocasionado [...]”²⁴⁷, ya que “la reparación es el término genérico que comprende las diferentes formas como un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido (*restitutio in integrum*, indemnización, satisfacción, garantías de no repetición, entre otras)”.²⁴⁸

372. En el mismo sentido, la SCJN ha señalado que:

La obligación de reparar a las Víctimas cuando se ha concluido que existe una violación a los derechos humanos de aquéllas es una de las fases imprescindibles en el acceso a la justicia. Así pues, cuando existe una violación de derechos humanos, el sistema de justicia debe ser capaz de reparar el daño realizado por parte de las autoridades, e incluso —dependiendo del tipo de violación— de impulsar un cambio cultural. [...] ante la limitada posibilidad de que todas las violaciones de derechos humanos sean reparadas en su totalidad por la naturaleza misma de algunas de ellas, la doctrina ha desarrollado una amplia gama de reparaciones que intentan compensar a la Víctima de violaciones de derechos humanos mediante reparaciones pecuniarias y no pecuniarias. [...] a) restitución y rehabilitación; b) satisfacción, y c) garantías de no repetición.²⁴⁹

373. En relación con lo anterior, el Relator de Naciones Unidas sobre la Promoción de la Verdad, la Justicia, la Reparación y las Garantías de No Repetición, ha precisado que las medidas “deben ser holísticas y prestar una atención integrada a los procesos, las indemnizaciones, la búsqueda de la verdad, la reforma institucional, la investigación de antecedentes y las destituciones o a una combinación adecuada de los elementos anteriores.”²⁵⁰ Por lo tanto, apunta que la verdad, la justicia, la reparación y las garantías de no repetición, constituyen “una serie de áreas de acción interrelacionadas que pueden reforzarse mutuamente en el proceso de subsanar las secuelas del abuso y la vulneración masivos de los derechos humanos”, para dar efecto a las normas de derechos humanos que han

²⁴⁷ Corte IDH, *Caso Comunidad Indígena Yakye Axa vs. Paraguay*, Sentencia 17 de junio de 2005, Serie C, No. 125, párr. 193.

²⁴⁸ Corte IDH, *Caso Loayza Tamayo vs. Perú, Reparaciones*, Sentencia del 27 de noviembre de 1998, Serie C, No. 42, párr. 85.

²⁴⁹ Tesis CCCXLII/2015, *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, Libro 24, noviembre de 2015, t. I, p. 949.

²⁵⁰ ONU, Consejo de Derechos Humanos, A/HRC/21/46, *Informe del Relator Especial sobre la Promoción de la Verdad, la Justicia, la Reparación y las Garantías de No Repetición*, 9 de agosto de 2012, párr. 20.

sido manifiestamente violadas, y lograr la consecución de la justicia, ofrecer reconocimiento a las Víctimas, así como reforzar el estado de derecho.²⁵¹

374. Es importante tener en cuenta que, en relación al derecho a la vida de las personas privadas de libertad, “el Estado se encuentra en una posición especial de garante, según la cual su deber de protección de este derecho es aún mayor”²⁵² y se debe asegurar de proporcionar condiciones mínimas que sean compatibles con la dignidad humana,²⁵³ teniendo el “deber de prevenir todas aquellas situaciones que pudieran conducir, tanto por acción, como por omisión, a la supresión de este derecho”.²⁵⁴
375. En este sentido, cuando una persona es detenida en un estado de salud óptimo o en condiciones en las que en el estado de salud en el que se encuentra no impliquen un riesgo inminente a su vida, y posteriormente muere por causas distintas, como es el suicidio, o el descuido de la persona que se encuentra bajo su resguardo, la obligación de proveer una explicación satisfactoria sobre lo sucedido recae sobre el Estado, ya que existe una presunción de responsabilidad estatal en relación a lo que le suceda a una persona en tanto este bajo su custodia;²⁵⁵ en atención a que el Estado, como responsable de los establecimientos de detención, es el garante de los derechos de las personas detenidas que se encuentran bajo su jurisdicción.
376. Es pertinente mencionar que la muerte de personas privadas de libertad en los centros de reclusión o espacios de detención temporal, en muchas ocasiones, se producen como resultado de la falta de prevención y de adopción de las medidas adecuadas para mitigar la amenaza.²⁵⁶ Por lo que es de suma importancia señalar

²⁵¹ *Ibidem*, párr. 21.

²⁵² CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas. OEA, aprobado por la CIDH el 31 de diciembre de 2011, párr. 270.

²⁵³ Cfr. CIDH. Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, aprobado por la CIDH en su Resolución 1/08 en su 131 Periodo Ordinario de Sesiones, principio I; CIDH. Caso López Álvarez Vs. Honduras. Sentencia de 1º de febrero del 2006, Serie C No. 141, párr. 106; y Caso Instituto de Reeducción del Menor Vs. Paraguay. Sentencia de 2 de septiembre del 2004. Serie C No. 112, párr. 159.

²⁵⁴ CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas. OEA, aprobado por la CIDH el 31 de diciembre de 2011, párr. 270.

²⁵⁵ Cfr. CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas. OEA, aprobado por la CIDH el 31 de diciembre de 2011, párr. 270; Corte IDH. Caso Cárcel de Urso Branco respecto Brasil. Medidas Provisionales. Resolución de 18 de junio de 2002, Considerando 8; European Court of Human Rights, Case of Salman v. Turkey, Application 21986/93, Judgment of June 27, 2000, Grand Chamber, § 100.

²⁵⁶ Cfr. CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas. OEA, aprobado por la CIDH el 31 de diciembre de 2011, párr. 285.

que, los servidores públicos de los Centros de reclusión teniendo conocimiento de la situación de vulnerabilidad de las personas que padecían algún tipo de discapacidad psicosocial, con antecedentes de autolesiones y/o intentos previos de suicidio; inadecuado control sobre el ingreso de objetos y sustancias prohibidas a reclusorios; y/o enfermedad crónica o mortal, no intervinieron de manera inmediata; como se describe en los hechos del presente instrumento.

377. Es importante señalar que esta Recomendación reconoce como Víctimas directas a las personas privadas de libertad, que perdieron la vida. Por otro lado, de conformidad con lo establecido por el artículo 3 fracción XL de la Ley de Víctimas de la Ciudad de México, en los casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, se consideran Víctimas indirectas a familiares y/o a personas dependientes de la Víctima directa que tenían una relación inmediata con ella. Por lo anterior, en caso de que alguna de ellas no estuviere incluida en los puntos recomendatorios y manifestara su interés en obtener alguna medida de reparación del daño generado, podrá acercarse a la autoridad competente, con base en lo dispuesto por la referida Ley de Víctimas para la Ciudad de México.

378. En la presente Recomendación, la reparación integral del daño deberá atenderse por la violación al derecho a la vida. Por lo anterior, de conformidad con lo establecido en el orden jurídico nacional e internacional en materia de derechos humanos, la Secretaría de Gobierno de la Ciudad de México, a través del Sistema Penitenciario, tiene la obligación de reparar el daño a las Víctimas, en los términos siguientes:

IX. Modalidades de la reparación del daño

IX.1. Indemnización

379. La indemnización es reconocida como una medida compensatoria por: el daño material, entendido como las “consecuencias patrimoniales de la comisión del hecho victimizante, que hayan sido declaradas, así como la pérdida o detrimento de los ingresos de las Víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso”,²⁵⁷ así como, por el daño inmaterial, es decir, “las afectaciones de carácter psicológico y emocional causadas a la Víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así

²⁵⁷ Ley de Víctimas para la Ciudad de México, art. 57, segundo párr.

como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la Víctima o su familia”²⁵⁸.

380. Esta medida busca resarcir los perjuicios derivados de las violaciones a derechos humanos susceptibles de ser cuantificables, daño material (por lo que hace al daño emergente, los gastos que se generaron por las Víctimas indirectas, familiares o personas a cargo que tengan relación inmediata con la Víctima, ello para afrontar la emergencia económica); y daño inmaterial (el quebrantamiento físico y emocional ocasionadas a las Víctimas indirectas del presente caso).²⁵⁹.
381. En ese sentido, la indemnización contempla el daño emergente, y el daño moral sufrido por las Víctimas;²⁶⁰ y no puede implicar ni un empobrecimiento ni un enriquecimiento para la Víctima o sus sucesores.²⁶¹ La indemnización debe concederse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, por todos los perjuicios económicamente evaluables que sean consecuencia de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos, tales como los siguientes: a) el daño físico o mental; b) la pérdida de oportunidades, en particular las de empleo, educación y prestaciones sociales; c) los daños materiales y la pérdida de ingresos, incluido el lucro cesante; d) los perjuicios morales; y e) los gastos de asistencia jurídica o de expertos, medicamentos y servicios médicos y servicios psicológicos y sociales.²⁶²
382. Es importante enfatizar que la Ley de Víctimas para la Ciudad de México contempla como parte de la reparación integral del daño, lo relativo al proyecto de vida, esto al establecer que podrá estimarse el pago de una compensación, atendiendo “a las circunstancias de cada caso, a las afectaciones psicológicas y emocionales que los hechos hubieran podido causar a las Víctimas, el cambio en las condiciones de existencia de todas ellas y las demás consecuencias de orden no pecuniario que hubieran sufrido”.
383. En el mismo tenor, prevé que el pago de dicha compensación deberá realizarse conforme a la equidad; misma que deberá considerar la percepción e impacto que

²⁵⁸ Ley de Víctimas para la Ciudad de México, art. 57, sexto párr.

²⁵⁹ Ley de Víctimas para la Ciudad de México, art. 61.

²⁶⁰ Corte IDH, *Caso Velázquez Rodríguez vs. Honduras*, *Op. cit.*, párr. 38.

²⁶¹ Corte IDH, *Caso Ticona Estrada y otros vs. Bolivia*. Fondo, *Reparaciones y Costas*, Sentencia de 27 de noviembre de 2008, Serie C, No. 191, párr. 134; *Caso Masacre de las dos Erres vs. Guatemala*. Excepción Preliminar, Fondo, *Reparaciones y Costas*, 24 de noviembre de 2009, Serie C, No. 211.

²⁶² ONU, A/RES/60/147, *op.cit.* nota 370, párr. 20.

las conductas delictuosas o violatorias de derechos humanos, generaron en las Víctimas, por lo que, en la medida de lo posible y sin que se vuelvan desproporcionadas, se debe acercar a las pretensiones de la Víctima para poder determinar la indemnización, así como a los impactos psicosociales y psicoemocionales que generaron los hechos victimizantes, en el caso en concreto²⁶³.

XI.2. Rehabilitación

384. Las medidas de rehabilitación son aquellas destinadas a que la Víctima recupere su “salud psicofísica, la realización de su proyecto de vida, y su reintegración a la sociedad”,²⁶⁴ y que se reduzcan los padecimientos físicos y psicológicos de las Víctimas, derivados de las violaciones a derechos humanos establecidas,²⁶⁵ “como resultado de la violencia de género, la falta de respuesta estatal y la impunidad”.²⁶⁶
385. Lo anterior, a través de medidas dirigidas a brindar atención médica, psicológica, jurídica y social²⁶⁷ adecuada, que permitan el restablecimiento de la dignidad y la reputación de las Víctimas, así como el acceso a los servicios jurídicos y sociales que requieran.
386. Asimismo, debe incluir la atención social, orientada a garantizar el pleno ejercicio y restablecimiento de los derechos de las Víctimas en su condición de persona y ciudadana; programas de educación, orientados a la formación de las Víctimas con el fin de garantizar su plena reintegración a la sociedad y la realización de su proyecto de vida; programas de capacitación laboral, orientados a lograr la plena reintegración de la Víctima a la sociedad y la realización de su proyecto de vida; y, todas aquellas medidas tendentes a reintegrar a la Víctima a la sociedad, incluido su grupo o comunidad”.²⁶⁸
387. Las medidas de atención deberán ser brindadas a las Víctimas de forma gratuita e inmediata, incluyendo la provisión de medicamentos y los gastos directamente

²⁶³ Ley de Víctimas para la Ciudad de México, art. 57, último párr.

²⁶⁴ Ley de Víctimas para la Ciudad de México, art. 60.

²⁶⁵ Corte IDH, *Caso Furlan y familiares vs. Argentina*, Op. cit., párrs. 282, 283 y 284.

²⁶⁶ Corte IDH, *Caso González y otras (“Campo Algodonero”) vs. México*, Op. cit., párr. 549.

²⁶⁷ ONU, A/RES/60/147, *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las Víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*, 21 de marzo de 2006, Nueva York, Estados Unidos, Principio. 21.

²⁶⁸ Ley de Víctimas para la Ciudad de México, art. 60.

relacionados y que sean estrictamente necesarios,²⁶⁹ atendiendo a las especificidades de género y edad de las Víctimas, previo consentimiento informado, y en los centros más cercanos a sus lugares de residencia, por el tiempo que sea necesario.

IX.3. Satisfacción

388. Las medidas de satisfacción “contribuyen a mitigar el daño ocasionado a las Víctimas, mediante su dignificación, la determinación de la verdad, el acceso a la justicia y el reconocimiento de responsabilidades, las cuales son enunciativas mas no limitativas”.²⁷⁰ Respecto de las medidas de satisfacción, éstas deben incluir, cuando sea pertinente y procedente: a) medidas eficaces para conseguir que no continúen las violaciones; b) la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad; c) una declaración oficial o decisión judicial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de las personas; d) una disculpa o posicionamiento público; y e) la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a los responsables de las violaciones.²⁷¹
389. Las medidas de satisfacción se encuentran dirigidas a reparar el daño inmaterial, incluyendo los sufrimientos y las aflicciones causados por la violación, y cualquier alteración, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de las Víctimas.²⁷²
390. En el ámbito local, las medidas de satisfacción son aquellas acciones que contribuyen a mitigar, entre otros, el daño ocasionado a las Víctimas, mediante su dignificación, la determinación de la verdad, el acceso a la justicia y el reconocimiento de responsabilidades.²⁷³
391. Para tal efecto, algunas de estas medidas pueden ser: la declaración oficial o decisión judicial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de las Víctimas, así como del núcleo familiar y/o social inmediato; una disculpa pública de parte de las dependencias e instituciones del Gobierno de la Ciudad de México,

²⁶⁹ Corte IDH, *Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México*, Op. cit., párr. 252.

²⁷⁰ Ley de Víctimas para la Ciudad de México, art. 71

²⁷¹ ONU, A/RES/60/147, *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las Víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*, Ibidem, párr. 22.

²⁷² Corte IDH, *Caso González y otras (“Campo Algodonero”) vs. México*, Op.cit., párr. 579.

²⁷³ Ley de Víctimas para la Ciudad de México, art. 71.

de los autores u otras personas involucradas, que incluya el reconocimiento de los hechos y la aceptación de responsabilidades; así como la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a los responsables del hecho victimizante.²⁷⁴

IX.4. Garantías de no repetición

392. Estas medidas han de contribuir a la prevención, a fin de que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. Por lo tanto, deben tener una vocación transformadora²⁷⁵, ser correctivas y tener un impacto para disminuir o desaparecer las consecuencias de las violaciones en la vida de las personas y en la sociedad.

393. En ese sentido, deben incluir medidas relacionadas con: la revisión y reforma de las leyes que contribuyan a las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos;²⁷⁶ “el ejercicio de un control efectivo de las dependencias e instituciones de seguridad pública; la garantía de que los procedimientos penales y administrativos [...] [se ajusten] al debido proceso; [...] La educación, prioritaria y permanente, de todos los sectores de la sociedad en materia de derechos humanos; en específico, la capacitación de las personas servidoras públicas encargadas de hacer cumplir la ley, así como integrantes de las dependencias e instituciones de seguridad públicas; [...] La promoción de la observancia de los códigos de conducta y normas éticas, en particular, los definidos en tratados internacionales en materia de derechos humanos de los que el Estado Mexicano sea parte, por las personas servidoras públicas, especialmente las pertenecientes a dependencias e instituciones de seguridad pública y centros penitenciarios, y en general al personal de medios de información, servicios médicos, psicológicos y sociales [...] [...] La revisión y, en su caso, reforma de las normas generales con el fin de evitar que su interpretación y aplicación contribuya a la violación de derechos humanos contenidos en las normas locales o en los Tratados Internacionales [...]”.²⁷⁷

En los casos 12, 13, 23 y 24, quedará preservado el derecho de las Víctimas indirectas a ser reparadas conforme a la Ley de Víctimas de las Ciudad de México.

²⁷⁴ Ley de Víctimas para la Ciudad de México, art. 72.

²⁷⁵ *Ibidem*, párr. 450.

²⁷⁶ ONU, A/RES/60/147, *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las Víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*, *Op. cit.*, párr. 23.

²⁷⁷ Ley de Víctimas de la Ciudad de México, art. 74.

X. Recomendación

A LA SECRETARÍA DE GOBIERNO:

A. MEDIDAS DE REPARACIÓN DEL DAÑO.

De conformidad con los más altos estándares internacionales, así como con lo establecido por la Ley de Víctimas de la Ciudad de México y por el *Apartado IX*. Modalidades de la reparación del daño de la presente Recomendación, la Secretaría de Gobierno adoptará las siguientes medidas:

Primero. En un plazo que inicie a los 30 días naturales y concluya a los 180 días naturales, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, indemnizará a las Víctimas indirectas 1 a la 38 por concepto de daño inmaterial. En todos los casos se deberán considerar los derechos de los afectados y el daño cometido por el hecho victimizante acreditado por la investigación realizada por esta comisión y plasmado en la recomendación.

B. MEDIDAS DE REHABILITACIÓN.

Segundo. En un plazo que inicie a los 30 días naturales y concluya a los noventa días naturales, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, previo consentimiento de las víctimas indirectas 1 a la 38 que manifiesten su interés, realizará los trámites necesarios, para que reciban, como medida de rehabilitación, el tratamiento médico y psicológico especializado y por el tiempo que sea necesario, para revertir las afectaciones psicológicas, de conformidad con el apartado IX de este Instrumento.

C. MEDIDAS DE SATISFACCIÓN.

Tercero. En un plazo que inicie a los 30 días naturales y concluya a los 180 días naturales, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, de conformidad con lo establecido en el apartado IX de este instrumento recomendatorio, el Subsecretario de Sistema Penitenciario, en compañía del Director del Centro de reclusión que corresponda, realice reuniones, por caso, con

las Víctimas indirectas, a fin de subsanar las omisiones de información por parte de las personas servidoras públicas, en cuanto a lo ocurrido a las Víctimas directas.

D. MEDIDAS DE NO REPETICIÓN.

De conformidad con los más altos estándares internacionales, la Secretaría de Gobierno adoptará, de manera progresiva, las siguientes medidas:

Cuarto. En un plazo que inicie a los 30 días naturales y culmine a los 180 días naturales, contados a partir de la aceptación del presente Instrumento, se revise y fortalezca el *Programa para Prevenir el Riesgo Suicida en Personas Privadas de la Libertad*, atendiendo a lo expuesto en los Apartados VII.1.1. *Omisiones del personal técnico de los centros de reclusión, en el cumplimiento de su deber reforzado de cuidado respecto de la vida de las personas privadas de la libertad bajo custodia del Estado* y VII. *Posicionamiento de la CDHDF sobre la violación de derechos humanos*.

En el programa se deberá incluir como mínimo lo siguiente:

- a) Adopción de medidas para mejorar la vigilancia en los centros, especialmente en los lugares en que se ha identificado mayor incidencia de suicidios, incluidos la adopción de procedimientos para documentar y reportar incidentes de suicidio, que permita la mejora progresiva de las actividades de prevención suicida, así como aplicación de evaluaciones para conocer indicadores de alto riesgo de suicidios en centros de reclusión.
- b) La incorporación en la currícula del Instituto de Capacitación Penitenciaria (INCAPE) de un programa de capacitación permanente para personal de seguridad y custodia, sobre prevención de suicidios, que incluya el conocimiento de los procedimientos referidos en el inciso a).
- c) Aplicación de una evaluación inicial y evaluaciones posteriores (en casos de cambios estancia o de circunstancias), para la identificación de propensión al suicidio.
- d) Fortalecimiento de los programas de prevención, atención y tratamiento del uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.

- e) Ejecución de actividades de reinserción y de interacción social que coadyuve con la atención médica y/o psicológica de internos con alguna discapacidad psicosocial o alguna afectación derivada de la privación de libertad u otras circunstancias.
- f) Adopción de medidas para evitar el aislamiento de personas con riesgo de suicidio que impide una adecuada vigilancia y custodia.

Quinto. En un plazo que inicie a los 30 días naturales y concluya a los 180 días naturales, contados a partir de la aceptación del instrumento recomendatorio, el Sistema Penitenciario adoptará, las medidas necesarias para que cada centro de reclusión cuente, en todos los turnos, con personal capacitado, que tenga asignada de manera específica la función de enlace directo con familiares de las personas privadas de libertad, a fin de brindarles información y orientación, con perspectiva de derechos humanos, en los casos de fallecimiento, enfermedad y otras incidencias graves. Para tal efecto, desde un enfoque de progresividad, se atenderá lo siguientes:

- a) Designación de un enlace por turno, a quienes se deberán brindar las directrices para la atención a los familiares de internos, en casos de fallecimiento u otras situaciones graves.
- b) Emisión de una circular, dirigida al personal designado como enlace, que establezca los procedimientos a seguir para brindar la información, orientación y atención para dar la noticia a familiares, asesoría jurídica, canalización a servicios funerarios, entre otros.

De conformidad con los artículos 48 de la Ley de la CDHDF y 142 de su Reglamento Interno, se hace saber a la autoridad a la que va dirigida esta Recomendación que disponen de un plazo de 15 días hábiles, contados a partir del día siguiente en que ésta se les notifique, para que manifieste si la aceptan o no, en el entendido que, de no aceptarla, su respuesta se hará del conocimiento de la opinión pública. En caso de que la acepte, se le notifica que dispondrá de un plazo de 10 días, contados a partir del vencimiento del término del que disponía para responder sobre la aceptación, a fin de enviar las pruebas de cumplimiento, las cuales deberán ser remitidas a la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de esta Comisión, que con fundamento en los artículos 144 y 145 del Reglamento Interno de la CDHDF, es el área responsable de calificar las Recomendaciones de acuerdo a su aceptación y cumplimiento.

Así lo determina y firma,

**La Presidenta de la Comisión de Derechos
Humanos del Distrito Federal**

Nashieli Ramírez Hernández

C.c.p. Dr. José Ramón Amieva Gálvez, Jefe de Gobierno de la Ciudad de México. Para su conocimiento.

C.c.p. Dip. Leonel Luna Estrada, Presidente de la Comisión de Gobierno de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, VII Legislatura. Para su conocimiento.

C.c.p. Dip. Juan Gabriel Corchado Acevedo, Presidente de la Mesa Directiva de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, VII Legislatura. Para su conocimiento.

C.c.p. Dip. Luciano Jimeno Huanosta, Presidente de la Comisión de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal VII Legislatura. Para su conocimiento.