RECOMENDACIÓN No. 04/2021

SOBRE LA FALTA DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA OPORTUNA, ASÍ COMO LA FALTA DE DILIGENCIA EN EL DEBER DE CUIDADO QUE DERIVÓ EN LA PÉRDIDA DE LA VIDA DE LA V EN EL CENTRO ESTATAL DE READAPTACIÓN SOCIAL EN ENSENADA, BAJA CALIFORNIA.

Tijuana, Baja California, a 29 de marzo de 2021.

ING. IGNACIO MUNGUIA BORUNDA
ENCARGADO DE DESPACHO DEL
COMISIONADO ESTATAL DEL SISTEMA
PENITENCIARIO DEL ESTADO.

Distinguido Ingeniero:

1. La Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California[1], ha examinado los elementos contenidos en el expediente de Queja CEDHBC/ENS/Q/62/2019/2VG relacionado con el caso de violación al derecho humano a la vida por la omisión de atención médica especializada oportuna, así como la falta de diligencia en el deber de cuidado por la Policía Estatal de Seguridad y Custodia Penitenciaria adscrita al Centro de Reinserción Social de la ciudad de Ensenada, Baja California que derivó en la perdida de la vida de la V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen se omitirá su publicidad; dicha información se pondrá en conocimiento de las autoridades recomendadas a través de un listado adjunto en el que se describen las claves utilizadas, con el compromiso de que se dicten las medidas de protección de los datos correspondientes[2].

[1] De conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 7 Apartado B de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California; 1, 2 párrafo primero, 3, 5, 7 fracciones I, II, IV y VIII, 26, 28, 35, 42, 43, 45 y 47 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California; 1, 9 párrafo primero, 118 fracción IV, 121, 122, 123, 124, 125, 126 y 127 del Reglamento Interno de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California.
[2] De conformidad con lo dispuesto en los artículos 6 apartado A, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la información Pública; 7 apartado C de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California; 5 fracción V de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California; así como los artículos 15 fracción VI, 16, fracción VI, 80, 110 fracción IV y XII de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información

3. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones se hará mediante el uso de acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán identificarse de la siguiente manera:

Denominación	Acrónimo
Procuraduría General de Justicia del Estado.	PGJE
Fiscalía General de Justicia del Estado de Baja California.	FGJE
Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California	CEDHBC, comisión estatal, organismo estatal u organismo autónomo
Centro de Reinserción Social	CERESO
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH, Corte IDH
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH
Comisión Interamericana de Derechos Humanos	CIDH
Organización Mundial de la Salud	OMS
Personas Privadas de la Libertad	PPL

4. De igual manera, para la mejor comprensión de esta Recomendación, se presenta en el siguiente cuadro con el significado de las claves utilizadas:

Claves	Denominación
V	Víctima

Pública para el Estado de Baja California y 5 del Reglamento Interno de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California.

AR	Autoridad responsable
SP	Servidor público

I. HECHOS

5. El 29 de marzo de 2019, en la ciudad de Ensenada, Baja California se publicó en el sitio web del portal de noticias llamado "El Vigía", la nota periodística titulada "Se ahorca hombre en el CERESO", en el contenido de la noticia se redactó que en el interior del Centro de Reinserción Social (CERESO de Ensenada), un hombre perdió la vida, luego de ahorcarse al parecer con una sábana; motivo por el cual personal de la Subprocuraduría de Justicia de zona Ensenada se trasladó a las instalaciones del centro, donde realizaron las diligencias necesarias para esclarecer los hechos suscitados.

6. Por lo anterior, en la misma fecha este organismo estatal, radicó de manera oficiosa el expediente CEDHBC/ENS/Q/62/19/2VG, en el que se realizaron diversas diligencias para allegarse de mayores elementos que permitieran conocer los hechos y en su momento determinar la probable existencia de violaciones a los derechos humanos.

7. Derivado de las constancias recabadas, se tiene conocimiento que el 05 de octubre de 2018 la V ingresó al CERESO de Ensenada, Baja California.

8. El 27 de marzo de 2019, la V se autolesionó el antebrazo izquierdo, mientras permanecía en una celda de medidas especiales, motivo por el cual fue excarcelado y trasladado al Hospital General de la ciudad de Ensenada para su atención médica en el área de urgencias, ese mismo día fue dado de alta y como medida de protección se dejó en observación en el área médica bajo custodia de la Policía Estatal de Seguridad y Custodia Penitenciaria.

9. El 28 de marzo de 2019, a las 12:30 horas aproximadamente la V fue encontrado sin vida, colgado de una sábana amarrada al cuello, sujetada a la ventana del baño de la estancia de hospitalización no. 2 del área médica, donde se encontraba bajo supervisión como medida preventiva.

II. EVIDENCIAS

10. Impresión de nota periodística titulada "se ahorca hombre en el CERESO", publicada por el portal de noticias El Vigía en fecha 29 de marzo de 2019.

11. Informe Justificado con número de oficio SSP/SSEP/CRSE/DIR/082/2019, suscrito por AR1, el 01 de abril del 2019, mediante el cual manifestó como ciertos los hechos investigados, de la misma manera indicó los nombres del personal de seguridad y custodia, así como el personal medico que se encontraban de turno el día 28 de marzo de 2019.

12. Protocolo de necropsia, de fecha 28 de marzo de 2019 practicada a la V por perito médico forense del Poder Judicial de Baja California, el cual determinó que la causa de la muerte de la V fue por Asfixia Mecánica por Ahorcadura.

13. Informe Policial Homologado, con número de incidente 155991/2019, de fecha 28 de marzo de 2019, suscrito por agentes de la policía Estatal de Seguridad y Custodia Penitenciario del CERESO Ensenada.

14. Oficio SSP/SSEP/CRSE/COMSEGINT/117/2018 (sic), de fecha 08 de abril de 2019, por medio del cual AR2, Policía Estatal del Grupo de Reacción Inmediata (R.I.) del CERESO Ensenada, rindió informe justificado relacionado con los hechos que se investigan, manifestando lo siguiente: "*en fecha 28 de marzo de 2019, siendo las 12:30 horas, me dirigí por indicaciones del enfermero -SP1-, a extraer al privado de la libertad -V-, quien habitaba en la estancia no. 2 del área de hospitalización, toda vez que fue requerido por el médico de turno para consulta médica (…)*" con motivo de lo ocurrido el día anterior. "*(…) al llegar observe que el privado de la libertad -V-, se encontraba colgado con una sábana amarrada al cuello y sujeta a la ventana del baño, ubicada en el interior de la estancia. (…) De inmediato informe a Central de Radio y monitoreo para que informara a mis superiores inmediatos, así mismo les informe a los enfermeros SP6 y SP1, quienes al llegar a la estancia de hospitalización antes mencionada procedieron a descolgar a la V, para brindarle los primeros auxilios*". Además, indicó que fue declarado sin signos vitales, por los enfermeros, a las 12:35 horas. Posteriormente, SP5, médico en turno, elaboró un electro cardiograma y lo declaró clínicamente muerto a las 12:48 horas. En vista de lo anterior, SPI procedió a activar el protocolo del primer respondiente cerrando el lugar de los hechos hasta la llegada de los agentes de la policía ministerial a las 13:44 horas y del Servicio Médico Forense (SEMEFO) a las 14:52 horas.

15. Oficio identificado con el número SSP/SSEP/CRSE/AM/64/2019 del 09 de abril de 2019, a través del cual SP1, enfermero adscrito al CERESO de Ensenada, rindió su informe justificado señalando que se encontraba en turno el día de los hechos y que alrededor de las 12:30 horas AR2, "*realizó un llamado de apoyo por que la persona privada de la libertad de la estancia no. 2 se encontraba colgado del cuello con una sábana amarrada a la ventana que se ubica dentro de la estancia*", por lo que acudió al llamada junto con SP6. Una vez dentro de la estancia, procedieron a descolgarlo y postrarlo en la cama para el monitoreo de signos vitales.

16. Oficio de fecha 09 de abril de 2019, signado por SP2, Policía Estatal de Seguridad y Custodia Penitenciaria del CERESO Ensenada, mediante el cual da contestación al informe justificado solicitado por esta comisión, señalando que el día que ocurrieron los hechos se encontraba asignada al área de Central de Radio y Monitoreo del CERESO Ensenada cumpliendo su turno de 24 horas, el cual comprendía de las 7:00 horas del día 28 de marzo de 2019 a las 7:00 horas del día 29 de marzo del mismo año, por lo que alrededor de las 12:28 horas del día en comento, recibió una alerta emitida por AR2 en la cual informó lo ocurrido y solicitó apoyo en el área médica. "*Posteriormente, se visualiza en la cámara de video vigilancia el ingreso inmediato de SP6, SP1 y SP5*", siendo este último quien dictamina la muerte clínica, agregando que "*procedió a dar aviso a los mandos del Centro, altos mandos, así como alimentar el sistema SENTINELA de la Unidad de Investigación Penitenciaria como suceso relevante y demás diligencias establecidas en ordenes operativos y protocolos aplicables*".

17. Oficio sin número, de fecha 09 de abril de 2019, por el cual SP3, Policía Estatal de Seguridad y Custodia Penitenciaria, rindió su informe justificado en el que estableció que mientras se encontraba realizando las labores de su tercer turno de 24 horas que comprendía de las 7:00 horas del día 28 de marzo a las 7:00 horas del día siguiente como encargada de monitorear de las cámaras de video vigilancia en el interior del centro, observó lo siguiente: "*en la cámara N.47 (Área Médica Observación) cámara enfocada al pasillo de las estancias de observación del área médica se visualiza los recorridos realizados por parte de la oficial encargada de la vigilancia en el área médica -AR2-, misma que se observa realizar la excarcelación de V en dos ocasiones durante la mañana aproximadamente entre las 08:00 y 09:00 horas para aproximarlo a enfermería, (…) a las 10:40 se observa el recorrido por parte de SP1 (…) y a las 12:28 horas, se observa a la oficial -AR2-, realizar su recorrido en el pasillo de estancias de observación percatándose por la ventana(…) que V se había colgado (…)*". Agrega SP3 "*…que siendo las 12:28 horas, reporta a esta central vía radio la oficial -AR2-, asignada a la vigilancia del área médica se dé aviso a los mandos para que se aproximen al área médica ya que la V, mismo que se encontraba en la estancia de hospitalización N. 2, se había colgado*".

18. Oficio sin número del 09 de abril de 2019, por medio del cual SP4, Coordinador de Central de Radio y Monitoreo CERESO, rindió su informe justificado solicitado por este organismo, mediante el cual señaló los hechos que sabe del presente caso: "*siendo las 12:28 horas, reporta a esta centra vía radio comunicación la oficial AR2 asignada a la vigilancia del área médica, se de aviso a los mandos para que se aproximen al área médica ya que el PPL -V- (…) se había colgado. Por lo anterior, inmediatamente se actúa conforme a las a las disposiciones normativas aplicables a reacciones primarias ante incidentes críticos (…). Siendo las 12:55 horas informo*

a esta Central de Radio el jefe de turno que el SP6 declaro clínicamente el deceso de V".

19. Oficio sin número de fecha 15 de mayo de 2020, suscrito por titular de la Unidad de Delitos contra las Personas y su Libertad, mediante el cual se remite copia certificada de la carpeta de investigación identificada con el número único de caso (NUC) 0201-2019-04646, radicada por el delito de homicidio simple, donde se desprenden:

    19.1. Acta de procesamiento y administración de la escena para homicidios con número de incidente 155991/2019 elaborado por agentes de la Policía Ministerial del Estado de Baja California, de fecha 28 de marzo de 2019, en la cual se agregó la hoja de inventario de pertenencias en la que se registró el hallazgo de una carta póstuma firmada al calce por V.
    19.2. Dictamen en Materia Físico Químico Biológico, con número 346/LZE/2019, elaborado por personal de servicios periciales de la antes PGJE, en el que se determinó que no se identificó presencia de alcohol en la sangre y orina de V.
    19.3. Dictamen en Materia Físico Químico Biológico, con número 345/LZE/2019, elaborado por personal de servicios periciales de la antes PGJE, en el que resultó negativa la presencia de metanfetaminas, anfetaminas, cocaína, marihuana y opiáceos, en la muestra de orina tomada del cuerpo de V.
    19.4. Declaración de Testigo de Identidad a cargo de familiar de V -tía- donde manifestó que el día 26 de marzo del 2019 la V se comunicó vía telefónica para informarle que sentía temor y miedo por su vida. De igual forma, señalo que la V tuvo comunicación con otros familiares para indicarles que ya estaba cansado de la vida y que se iba a matar.
    19.5. Parte Informativo del 27 de marzo de 2019, signado por el comandante interino se seguridad interior del CERESO Ensenada, mediante el cual se le hace del conocimiento a AR1 los hechos suscitados un día antes del fallecimiento de la V, es decir de la autolesión que se provocó mientras permanecía recluido en calidad de protección, su excarcelación, traslado y atención médica en el hospital de la ciudad en cita, así como la medida preventiva de dejar a la V en observación en el área médica debido a lo manifestado él mismo: "que *en el área de protección nadie lo quería y si lo ingresaban nuevamente a esa área tendría conflictos con otros privados de la libertad*", refiriendo lo anterior como motivo de su autolesión. El comandante interino señaló, además, que no había médico en turno, por lo que la V no fue valorado al ingresar al área médica del Centro.

20. Notas médicas de fecha 27 de marzo de 2019 enviadas por el director de Hospital General de Ensenada, en las cuales se documentó la atención brindada en el área de urgencias, registrándose como diagnóstico de ingreso a urgencias:

"Herida cortante en antebrazo izquierdo", y de la cual se advierte la siguiente nota: "se trata de paciente masc. 30 años de edad, referido del CERESO por Dx de herida antebrazo izquierdo autoinflingida/ Pb Choque hipovolémico. Paciente se autoinflingio la herida con fines suicidas aparentemente de 2 h de evolución. Paciente con antec. de Toxicomanías". Antecedentes de importancia: "Toxicómano a metanfetaminas, tabaquismo + Alcoholismo negado. (…) Reside en el CERESO en los últimos 6 meses".

21. Informe justificado sin número de oficio, del 24 de enero de 2020, suscrito por el SP5, en cual determinó que por necesidades del servicio se encontraba comisionado para apoyar consultas médicas en el CERESO Ensenada, sin descuidar su cargo como Titular del área médica en el Centro de Internamiento para Adolescentes.

22. Acta de defunción, expedida por el Registro Civil de la Localidad de Ensenada, Baja California, con fecha de registro el 04 de abril de 2019, a nombre de la V, donde toma especial relevancia la siguiente información:

    Causa: asfixia mecánica por ahorcadura
    Tipo de fallecimiento: Suicidio

23. Copia del expediente clínico a nombre de la V, remitido por el Director del Centro de Reinserción Social de Ensenada a través de oficio SGG/SSEP/CRSE/DIR/080/2020 con fecha del 18 de mayo de 2020, desprendiéndose de las notas médicas los días en que la V recibió atención a su salud física con motivo de padecimientos que no requerían tratamiento específico. Se observa en la nota médica con fecha 28 de marzo de 2019 que alrededor de las 13:00 horas se da aviso a la concubina de la V sobre su fallecimiento.

24. Oficio SGG/SSEP/CRSE/DIR/082/2020 de fecha 30 de junio de 2020, suscrito por AR1, a través del cual informó que el centro cuenta con protocolos aplicados en las diferentes áreas al presentarse situaciones que requieran atención específica como el intento de quitarse la vida, como lo es la disposición normativa AT-045/2018 para el área de psicología denominado "programa de prevención de comportamientos suicidas", de la misma forma se cuenta con la normativa 013/2018, referente a la vigilancia en medidas especiales de seguridad cada 30 minutos.

25. Oficio SGG/OIC/28/2020, del 18 de mayo de 2020, enviado por el Titular del Órgano Interno de Control de la Secretaria General de Gobierno, mediante el cual informó que por oficio JZEFCV/262/2020 se remitió el expediente IAE/04/2020/FCV por parte del Titular de la Fiscalía de Controlaría y Visitaduría de la Fiscalía General de Justicia del Estado de Baja California, seguida en contra de los elementos de la

Policía Estatal de Seguridad y Custodia Penitenciaria adscritos al CERESO Ensenada que resulten responsables, mismo que se radicó a la Secretaria de la Honestidad y Función Pública como expediente administrativo SGG/OIC/32/2020.

26. Oficio sin número, recibido el 19 de mayo de 2020, a través del cual la Unidad de Delitos contra las Personas y su Libertad envió copias autentificadas de la carpeta con número de NUC 0201-2019-04646, actualizando las diligencias y constancias que la integran, de las cuales destacan las siguientes:

26.1. Informe del área de Criminalística, elaborado por personal de la Dirección de Servicios Periciales de la PGJBC, en el cual se planteó como objetivo, esclarecer los hechos relacionados al lugar donde fue reportado sin vida la V, obteniendo como resultados de la inspección lo siguiente: "*se tomaron un total de 176 fotografías digitales del sitio de inspección. Se tuvo a la vista el cuerpo sin vida de una persona de sexo hombre identificado como la V, en posición decúbito dorsal sobre una camilla dentro del consultorio 1 del área médica del Centro de Reinserción Social Ensenada. Se localizó una hoja de papel con escrito a mano con características de carta póstuma, envuelta en plástico color gris oscuro dentro del calcetín de pie derecho que vestía el hoy occiso. Se documentaron indicios consistentes a silla de plástico, sabana color azul, y tubo metálico*". Así mismo se anexan 11 fotografías de un total de 176 del archivo original para ilustrar el informe, de las cuales puede observarse el pasillo en el que se encuentran las estancias hospitalarias; la estancia hospitalaria no. 2 desde la puerta hacia el interior donde se aprecia lo siguiente: el cuerpo de la V en la camilla, la pared divisoria entre el área de descanso y el baño, así como una ventana rectangular que tiene una sabana amarrada por un extremo en las rejas que la conforman; el área del baño en la que se distingue una silla; cuatro fotografías del cuerpo de la V y una fotografía en la que se advierte una nota dentro de su calcetín.

26.2. Declaración de testigo, a cargo de la perito adscrito a la jefatura de servicios periciales de Ensenada, que acudió al lugar de los hechos, en la que manifestó como mecánica de hechos: "*en un momento determinado el hoy occiso sube a la silla, de un extremo coloca la sabana de color azul en el tubo de la reja metálica, y del otro extremo la coloca alrededor de su cuello, y mueve la silla y por acción de la gravedad cae su cuerpo causando la lesión que presenta, y en otro momento no determinado terceras personas colocan el cuerpo en donde se tuvo a la vista por la suscrita. De acuerdo a lo anterior narrado se establece el sitio inspeccionado como el lugar de los hechos donde perdiera la vida una persona de sexo masculino identificado como la V, el cual presenta características a suicidio por ahorcadura*".

27. Oficio número SSG/SSSPE/CRSE/DIR/082/2020 de fecha 20 de mayo del 2020, mediante el cual AR1 manifiesta la existencia de un Programa de Prevención de Comportamientos Suicidas bajo la normativa AT-045/2018 a cargo del área de psicología y otro, a cargo del personal de custodia penitenciaría bajo la normativa 013/2018 referente a la Vigilancia en medidas especiales de seguridad que se activa una vez que la PPL atenta contra su vida.

28. Oficio sin número de fecha 25 de junio de 2020, mediante el cual SP6, presentó su informe justificado en el que mencionó que el día que ocurrieron los hechos fue notificada alrededor de las 8:00 horas, por personal de custodia, que se encontraba en observación la V; agregando que a las 12:00 horas aproximadamente el médico de guardia solicitó el traslado de la V al consultorio para una valoración.

29. Oficio SGG/SSEP/CRSE/JUR/1655/2020, del 30 de junio de 2020, a través del cual el Director del CERESO Ensenada, remite copia certificada de la disposición normativa AT-0415/2018 relativa al Programa de Prevención de comportamiento suicida y copia cotejada de la Disposición Normativa 013/2018 referente a la norma de área de seguridad.

30. Oficio FGE/GES/CEI/C4 ENSENADA/382/2020 de fecha 11 de agosto de 2020, suscrito por la encargada de despacho del centro de control, comando, comunicación y computo c4 Ensenada, mediante el cual envían copia simple del reporte con número de folio 155991/2019 de fecha 28 de marzo de 2019, a las 13:01:10 horas, clasificado como Suicidio.

31. Oficio CESISPE/SSEP/CRSE/AM/70/21 de fecha 11 de marzo del 2021, suscrito por el Director del Centro Penitenciario Ensenada mediante el cual informa que no se cuentan con notas de valoración psiquiátrica dentro del centro por no contar con médico especializado en el momento que ocurrieron los hechos.

32. Oficio CESISPE/CPE/JUR/665/2021 de fecha 16 de marzo del año 2021, suscrito por el Director del Centro Penitenciario Ensenada, a través del cual se informó a este organismo autónomo que la V asistió el 08 de octubre de 2018 al programa "Pláticas Preventivas de Comportamiento Suicida e Información sobre Abuso y/o Agresión Sexual".

33. Acta circunstanciada de inspección del área médica ubicada dentro del CERESO Ensenada, con fecha del día 19 de marzo de 2021 a las 9:30 horas, con el objetivo de hacer una actualización de las condiciones en las que se encuentra la estancia hospitalaria no. 2, lugar en el que la V se quitó la vida el pasado 28 de marzo de 2019, esto en comparación con las fotografías proporcionadas por la

fiscalía en la evidencia señalada en el numeral 26.1. asentándose lo siguiente: "… *ingresamos específicamente al área médica la cual cuenta con dos estancias de hospitalización, ingresando a la estancia marcada con la número 2, la cual tiene una puerta de herrería con una ventanilla de aproximadamente 40 cm de alto por 30 cm de ancho, sin ninguna protección, en la que se puede observar de manera completa hacia adentro de la estancia hospitalaria, que tiene unas dimensiones de tres metros de ancho por cuatro de fondo aproximadamente*…".

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

Carpeta de Investigación con número único de caso 0201/2019/046446

34. La carpeta de investigación con NUC 0201/2019/046446, iniciada en la Unidad de Delitos contra las Personas y su Libertad, se decretó el no ejercicio de la acción penal en fecha 18 de marzo de 2020, ordenándose el archivo definitivo.

Investigación Administrativa con número de expediente IAE/04/2020/FCV.

35. El expediente administrativo radicado en la Fiscalía de Controlaría y Visitaduria de la FGE de Baja California, fue decretada la incompetencia, determinando que las constancias fueran enviadas a la Secretaria de Gobierno del Estado de Baja California, en virtud de la Reforma Constitucional publicada en el periódico oficial en fecha 23 de octubre de 2019, mediante el decreto 07 de la XXIII Legislatura del Estado de Baja California.

Investigación Administrativa con número de expediente GG/OIC/32/2020.

36. En cuanto a la Investigación remitida a la Auditoria Gubernamental e Investigación de la Secretaria de la Honestidad y la Función Pública, informó que después de recibir el expediente administrativo IAE/04/2020/FCV, se detectó que no tienen competencia para aplicar los procedimientos sancionadores en contra de los agentes de la policía de seguridad y custodia penitenciaria, sino hasta la publicación del Reglamento Interno de la Comisión Estatal del Sistema Penitenciario de Baja California, donde se determinen las disposiciones aplicables a los procedimientos administrativos llevados en contra de personal adscrito al Sistema Penitenciario del Estado.

IV. OBSERVACIONES.

37. En este apartado se realiza un análisis lógico-jurídico derivado de las evidencias del expediente CEDHBC/ENS/Q/62/19/2VG, que a la luz de los criterios nacionales e internaciones en materia de derechos humanos, el sistema penitenciario se organizará sobre las bases del respeto a los derechos humanos,

por tanto se deberá de garantizar la integridad física, la vida y la atención médica y psicológica de las personas privadas de la libertad, como medio para proteger, promover y restaurar su salud desde su ingreso y permanencia, esto, según lo dispuesto en los artículos 4 y 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en relación con los artículos 1, 4 y 18 párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 9 fracción X, 74, 76 fracción IV y 77 de la Ley Nacional de Ejecución Penal, por lo que en el caso se cuenta con elementos suficientes que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, la integridad personal y la vida en agravio de la V, por lo que a continuación se realizará el siguiente análisis:

V. CONSIDERACIONES PREVIAS

38. La OMS estima "que un intento suicida ocurre aproximadamente cada tres segundos, y un suicidio completo ocurre aproximadamente cada minuto". Esto significa que más personas mueren a causa del suicidio que a causa de conflictos armados y es, con frecuencia, la causa individual más común de muerte en escenarios penitenciarios[3]. Esto se debe a diversos factores, tanto individuales como ambientales que pueden incidir en la decisión de una persona privada de su libertad de quitarse la vida, entre las que resaltan: el estrés producido por el impacto del encierro; la tensión propia de la vida en prisión; la abstinencia de una persona con problemas de adicción; la ruptura de las relaciones sociales y los lazos familiares o de pareja; el sentimiento de soledad, desesperanza y abandono; la impotencia; la perspectiva de una condena larga; la falta de intimidad; la conciencia del delito cometido[4], a lo que se suma la falta de atención médica o psicológica especializada.[5]

39. En este sentido, es el Estado quien tiene el deber de salvaguardar el derecho a la salud física y mental de una PPL para que goce de condiciones de detención compatibles con su dignidad personal, pues el Estado se encuentra en una posición especial de garante, toda vez que las autoridades penitenciarias ejercen un fuerte control o dominio sobre quienes se encuentran sujetos a su custodia y por las circunstancias propias del encierro, en donde una PPL se encuentra imposibilitado de satisfacer por cuenta propia una serie de necesidades básicas esenciales para el desarrollo de una vida digna[6].

---

[3] "Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Organización Mundial de la salud", Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, Ginebra 2007.
[4] CIDH, Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas. 2011, p. 121 y 122.
[5]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.
[6] Corte IDH. Caso Hernández Vs. Argentina. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2019. Serie C No. 395, p. 56.

40. Como se ha manifestado, es responsabilidad de las autoridades penitenciarias velar por las PPL para mantener las condiciones de dignidad y seguridad, todas vez que de conformidad con lo dispuesto en la Ley Nacional de Ejecución Penal, el sistema penitenciario se organizará sobre la base del respeto a los derechos humanos, por tanto, el derecho a la salud será uno de los servicios fundamentales que deben proporcionarse con el propósito de garantizar la integridad física y psicológica de las PPL como medio para proteger, promover y restaurar su salud, proporcionando atención médica desde su ingreso y durante su permanencia, incluido el suministro y abastecimiento de medicamentos, además de garantizar que los servicios médicos que se proporcionen serán gratuitos y obligatorios para la población penitenciaria.

41. Por lo antes expuesto, este organismo detalla las violaciones a los derechos humanos de la V, concretizando que existieron factores determinantes los cuales pudieron ser advertidos por las autoridades, disminuyendo el riesgo de intentos suicidas, como lo fueron las llamadas que hizo la V a sus familiares, la autolesión infringida, la solicitud previa para estar en una celda de medidas especiales, así como la carta póstuma escrita por la V; acciones que no fueron en ningún momento supervisadas, observadas y detectadas por personal médico, técnico y de seguridad y custodia penitenciaria.

VI. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN CON EL DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL Y EL DERECHO A LA VIDA.

42. El artículo 1° y 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en ella y en los tratados internacionales de los que México sea parte, así como de las garantías de protección para garantizar el derecho a la salud, el cual, por ningún concepto podrá restringirse ni suspenderse. Por lo tanto, toda persona privada de la libertad deberá ser tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano[7].

43. El derecho a la salud es fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos, y debe ser entendido como la posibilidad de disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible que le permita vivir dignamente[8]. Al respecto la CrIDH ha resaltado la intrínseca vinculación entre el derecho a la integridad personal con la

[7] Observación General 20 del Comité´ de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas. Prohibición de la tortura y los tratos o penas crueles, párr. 2.
[8] CNDH. Recomendaciones 26/2019, párr. 36 y "*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*", aprobada por la Asamblea General de la ONU el 11 de mayo de 2000.

salud humana, y la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración del artículo 5.1 de la CADH[9].

44. En lo concerniente a la población privada de la libertad los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas en su Principio X establece que "*[…]tendrán derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, que incluye, entre otros, la atención médica, psiquiátrica y odontológica adecuada; la disponibilidad permanente de personal médico idóneo e imparcial, […] y las medidas especiales para satisfacer las necesidades particulares de salud de las personas privadas de libertad pertenecientes a grupos vulnerables o de alto riesgo […]*".

45. La Regla 24 de las "Reglas Nelson Mandela" señalan que la prestación de servicios médicos de las personas privadas de su libertad constituye una responsabilidad del Estado, el cual deberá mantener una estrecha vinculación con la administración de salud pública general. Por su parte, las Reglas 30, 32 y 33 precisan que un médico u otro profesional de la salud competente, deberá "examinar a cada recluso tan pronto como sea posible tras su ingreso y, posteriormente, tan a menudo como sea necesario para detectar todo indicio de estrés psicológico o de otra índole causado por la reclusión, incluidos el riesgo de suicidio o autolesión y adoptar las medidas y tratamientos individualizados para proteger la salud física y mental".

46. Por su parte, la Ley Nacional de Ejecución Penal, en su artículo 9 fracción II, reconoce que las personas privadas de su libertad en un Centro Penitenciario tienen derecho a recibir asistencia médica preventiva y de tratamiento para el cuidado de la salud física y mental. En virtud de que el derecho a la salud integra no sólo la idea de curar una enfermedad, sino también de prevenirla[10].

47. El derecho a la integridad personal protege, entonces, a las personas de daños físicos y mentales que puedan ser provocados u ocasionadas por una multiplicidad de acciones y omisiones de las autoridades públicas[11]. Por su parte la SCJN en relación con la jurisprudencia interamericana de derechos humanos ha sostenido que existe transgresión al derecho a la vida cuando un agente del Estado no adopta las medidas razonables y necesarias aludidas, como son las tendientes a

---

[9] Corte IDH, Caso I.V vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 30 de noviembre de 2016, párr.154 y Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298. párr. 171

[10] "*Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia Sanitaria*", Lucia Montiel, Revista Instituto Interamericano de Derechos Humanos UNAM, 2004.

[11] Recomendaciones CNDH 71/2016, párrafo 112, 69/2016, párrafo 112 y 37/2016, párrafo 82.

preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado o de otros particulares[12].

48. Por lo tanto, el Estado en su calidad de garante de las personas privadas de la libertad debe adoptar todas las medidas necesarias tendientes a proteger y preservar el derecho a la integridad y a la vida de las personas bajo su cuidado, ya que las autoridades resultan responsables por las muertes evitables. Esto significa, que debe prevenir de manera razonable aquellas situaciones de riesgo que pudieran conducir, aún por omisión, a la supresión de la inviolabilidad del derecho a la vida[13].

49. En el caso que se estudia, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja CEDHBC/ENS/Q/62/19/2VG relacionado con el CERESO Ensenada, se acreditó que la AR1 omitió preservar el derecho a la salud de la V, a fin de que se le brindara atención médica integral y adecuada durante su permanencia en el centro penitenciario. Por otro lado, se acreditó que la AR2 omitió salvaguardar el derecho a la integridad personal de la V, debido a la falta de estricta vigilancia, en un primer momento, conforme a la normativa 013/2018 y, una vez ocurrido el primer intento de suicidio, conforme a los estándares internacionales; teniendo como consecuencia la pérdida de la vida de la V.

50. De la documentación recabada por este organismo, se advierte que, previo al primer intento de suicidio ocurrido en fecha 27 de marzo de 2019 la V se encontraba en el área de medidas especiales del centro, a petición de él mismo, sin embargo, no existen elementos que acrediten una atención psicológica o psiquiátrica encaminada a determinar la salud mental de la V, principalmente que estableciera la posibilidad de ideas suicidas y la idoneidad de permanecer en una celda aislada, lo cual provocó un deterioro en su salud mental, aunado a que una vez dado de alta por el Hospital General de la ciudad de Ensenada fue trasladado nuevamente al Centro, donde permaneció en la estancia de hospitalización No. 2 sin la debida supervisión de la Policía Estatal de Seguridad y Custodia Penitenciaria quienes omitieron ejercer un monitoreo estricto de vigilancia, lo que permitió que la V tuviera un lapso de una hora y cuarenta minutos aproximadamente para materializar su idea suicida, en atención a las siguientes precisiones:

---

[12]Pleno de la SCJN. Tesis P. LXI/2010: Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza la transgresión por parte del Estado. Novena época, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXXIII, Enero de 2011, pág.24

[13] Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Observación General No. 6: Derecho a la Vida (artículo 6), 16° período de sesiones (1982), párrs. 1 y 5. Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaxa vs. Paraguay, Sentencia del 29 de marzo de 2006 (Fondo, Reparaciones y Costas), párr. 152; Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171, párr. 121; Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 141.

A) Falta de deber de cuidado como parte de una atención médica integral que debía recibir la V ante el riesgo suicida.

51. La ocurrencia de suicidios es una realidad siempre presente en el contexto penitenciario, pues conlleva un fuerte impacto en su equilibrio mental y emocional[14]. Es por ello, que tal como lo ha manifestado la CNDH, a fin de preservar las condiciones de vida y salud de las personas privadas de la libertad, es importante que dentro de los centros de reclusión se cuente con un equipo multidisciplinario de profesionales en trabajo social, medicina, psicología, pedagogía, criminología, sociología y demás profesiones que estime conveniente, con el objetivo de que se analicen oportunamente los expedientes de la población interna y se brinde una atención óptima, sobre todo a quienes demuestran ideas suicidas[15].

52. En relación con las PPL existe un especial deber de cuidado definido como: "*el deber de aquel que tiene bajo su custodia a otro de adoptar todas las medidas razonables a fin de evitar acciones u omisiones que pudieran originar probables daños a la persona de la cual es responsable*"[16]. Empero, es muy común que los escenarios penitenciarios no cuenten con suficiente personal especializado o en su caso no se encuentren capacitados para detectar riesgos, hacer una evaluación y llevar a cabo las acciones necesarias para la prevención del suicidio[17], como ocurrió en el presente caso.

53. El Estado, a través de las autoridades que integran el Sistema Penitenciario, tiene el deber de proporcionar a los detenidos revisión medica regular, atención y tratamientos adecuados cuando así se requiera[18].

54. La CNDH en su Recomendación 12/2020 recopila, con base en los criterios internacionales de derechos humanos, una serie de medidas que debe adoptar la autoridad penitenciaria con la finalidad de salvaguardar la integridad personal y la vida de las personas privadas de la libertad, siendo las siguientes[19]:

---

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

[15] CNDH, "Sobre la falta de atención médica especializada oportuna y tratamiento, así como de la omisión en el deber de cuidado que derivó en la pérdida de la vida de la V en el Centro Federal de Readaptación Social en Tepic, Nayarit", 2020, párr. 70

[16]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. 274

[17]"Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Organización Mundial de la salud", Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, Ginebra 2007; CIDH. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas, OEA, 31 de diciembre de 2011, párr. 285.

[18] Corte IDH. Caso Vélez Loor Vs. Panamá´. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de noviembre de 2010. Serie C No. 218. párr. 220 y Principio 24 del Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión

[19]CNDH, 12/2020. 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, párrafos 321 y 322; Principios y Buenas

a) Practicar un examen médico inicial a toda persona que ingresa en un centro de reclusión, en el cual se debe observar si la persona privada de la libertad representa un peligro para sí misma. Los centros de reclusión deben tener un programa de prevención de suicidios.

b) Entrenamiento adecuado del personal penitenciario (de salud y de custodia) en la detección y tratamiento de posibles casos de suicidios.

c) Establecimiento de políticas y procedimientos claramente articulados para la supervisión continua y el tratamiento de las personas internas que se consideran están en riesgo de suicidarse.

d) 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 las personas privadas de la libertad a materiales letales; y en el que se adopten medios de vigilancia eficientes.

55. De acuerdo con las consideraciones expuestas, es menester establecer los dos momentos críticos en los que la AR1 omitió brindar la atención medica especializada a la V. En primer lugar, de los informes emitidos por las autoridades penitenciarias -AR1- y personal de custodia -AR2- se desprende que días antes del 27 de marzo de 2019 la V solicitó estar en una celda de medidas especiales. Sin embargo, no existe registro alguno de que en esos días haya sido entrevistado por personal especializado en psicología o psiquiatría, como lo informó el director del Centro Penitenciario mediante oficio CESISPE/ SSEP/CRSE/AM/70/21, de fecha 11 de marzo de 2021, que pudiesen determinar su estado de salud mental, los motivos por los que la V solicitó dicho trato, ni tampoco si una celda aislada era una medida idónea para su estado de salud mental. Por consiguiente, la ausencia de atención médica en salud mental lo alejó de aliviar cualquier posibilidad de angustia mental y en fecha 27 de marzo de 2019 la V se infligió una lesión en el antebrazo izquierdo, con la intención de quitarse la vida.

Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, aprobado por la CIDH en su 131 periodo ordinario de sesiones, celebrado del 3 al 14 de marzo del 2008, principio IX.3; Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad, adoptado por la Asamblea General de la ONU en su resolución 45/113 de 14 de diciembre de 1990, regla 50; Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión, adoptado por la Asamblea General de la ONU en su resolución 43/173 de 9 de diciembre de 1988, principios 24, 26 y 34; y Reglas Mínimas para el Tratamiento de Reclusos, aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663 del 31 de julio de 1957 y 2076 de 13 de mayo de 1977, reglas 7, 24 y 84 a 93.

56. Por esa razón, fue atendido por personal médico del centro y excarcelado al Hospital General de Ensenada, como consta en las notas médicas enviadas por el director de dicha institución. Mismo que señaló como diagnostico: "*se trata de paciente masc. de 30 años. Referido del CERESO, por Dx de herida antebrazo izquierdo autoinflingida […] paciente se autoinflingio con fines suicidas aparentemente de 2 h de evolución*"

57. Ese mismo día, 27 de marzo de 2019, la V es dado de alta por el Hospital General de Ensenada y trasladado al CERESO Ensenada aproximadamente a las 22:12 horas, donde AR1 admitió en su informe justificado que no contaban con coordinador médico en virtud de que estaban a la espera de contratación del personal propuesto que se había enviado a la Oficialía Mayor del Estado, y el SP5 manifestó haber sido comisionado al centro penitenciario, para atender consultas médicas en un lapso de 2 horas y media por tres días a la semana, por lo que al reingreso de la V no se realizó ninguna revisión ni certificación médica.

58. Al respecto, los Estados no pueden alegar dificultades económicas para justificar condiciones de detención que no cumplan con los estándares mínimos internacionales y que no respeten la dignidad inherente al ser humano[20]. En este sentido, la falta o deficiencia en la provisión de atención y tratamiento médico, no es acorde con la obligación de proteger el derecho a la vida de las personas privadas de libertad[21].

59. De la información obtenida por los SP2, SP3 y SP4 se obtuvo lo siguiente:

A. "*Se visualiza a AR2 realizar la excarcelación (sic), de la V, en dos ocasiones durante la mañana aproximadamente entre las 08:00 y 09:00 horas, para aproximarlo a enfermería, (…) a las 10:40 se observa el recorrido por parte de SP1, (…) a las 12:28 horas, se observa a la oficial -AR2-, realizar su recorrido en el pasillo de estancias de observación percatándose por la ventana que la V se había colgado(…)*".
B. "*Siendo las 12:28 horas, reporta a esta central vía radio la oficial -AR2-, asignada a la vigilancia del área médica que se dé aviso a los mandos para que se aproximen al área médica ya que la V, mismo que se encontraba en la estancia de hospitalización N. 2, se había colgado*".

60. Aunado a lo anterior, del parte informativo suscrito por el comandante interino de seguridad interior del CERESO Ensenada en fecha 27 de marzo de 2019, se desprende que una vez que la V ingresó al centro después de su excarcelación al Hospital General de Ensenada, fue detenido en una estancia de hospitalización

[20]Corte IDH. Caso Pacheco Teruel y otros Vs. Honduras. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de abril de 2012. Serie C No. 241. párr.67
[21] 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. 189

dentro del área médica como medida de protección, debido a que informó a la autoridad penitenciaria que: "*en el área de protección nadie lo quería y si lo ingresaban nuevamente a esa área tendría conflictos con otros privados de la libertad*", refiriendo que este fue el motivo por el cual se autolesionó.

61. Por consiguiente, se denota la falta de capacitación de la Policía Estatal de Seguridad y Custodia Penitenciaria del CERESO Ensenada, para implementar acciones a fin de identificar factores de riesgo y prevenir el suicidio, pues las declaraciones de la V no fueron debidamente informadas al personal médico competente para brindar apoyo psicológico o psiquiátrico, además, omitieron realizar el monitoreo necesario a fin de preservar la vida de la V, ya sea que AR2 realizará la vigilancia desde el pasillo con observación constante a través de la ventanilla o bien mediante los recorridos necesarios y durante un lapso de tiempo ajustado a los estándares nacionales e internacionales.

62. Además, el SP1manifestó que en fecha 28 de marzo de 2019 se brindó revisión médica a la V por parte de enfermería, alrededor de las 10:40 horas, y que a la llegada de SP5, aproximadamente a las 12:00 hrs, solicitó la presencia de la V para su valoración física. Sin intención de menoscabar los intentos por asegurar la integridad física de la V por parte de SP1 y SP5, este organismo considera que dicha omisión configura el segundo momento crítico en el que no se brindó atención especializada a la V para determinar su estado de salud mental, lo cual es de suma importancia en casos como este, pues ningún SP manifestó acción alguna por canalizar a la V al área de psicología o psiquiatría. Cabe señalar que en el momento que ocurrieron los hechos no se contaba con médico psiquiatra contratado, tal como lo manifestó el director del Centro mediante oficio CESISPE/SSEP/CRSE/AM/70/21.

63. Se destaca, entonces, la falta de personal multidisciplinario suficiente que atienda de manera integral el derecho a la salud, tanto física como mental, lo cual desencadenó una serie de faltas y omisiones por parte de las autoridades penitenciarias encargadas de velar por la salud de la V, así como de brindar la atención médica optima que probablemente hubiese permitido salvaguardar la vida de la V. En el Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida del Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid, se destaca que, "la relación del suicidio con los problemas psicológicos y depresión es muy estrecha, en tanto, la detección de pensamientos o ideas suicidas, deben tomarse en cualquier caso en serio".

64. Con respecto a los protocolos y normativas que se implementan por el personal técnico y de custodia del CERESO Ensenada, siendo el primero de ellos denominado "programa de prevención de comportamientos suicidas", debe ser un programa permanente, debidamente estructurado, basado en un conjunto de

acciones tendientes a la identificación temprana de factores de riesgo del suicidio, e implementarse periódicamente, pues los perfiles de comportamiento pueden cambiar constantemente, por lo que la aplicación periódica es necesaria para identificar…– cualquier factor de riesgo suicida, con miras a su prevención.

65. La OMS ha determinado que "cuando ocurre un intento de suicidio, la evaluación psicológica integral del preso también se debe realizar lo más pronto posible después del incidente. Dicha evaluación debe ser conducida en un área privada donde no se interrumpa una entrevista adecuada y donde el preso y el entrevistador puedan sentirse físicamente confortables"[22]. Esto constituye uno de los principales instrumentos de evaluación de la ideación y conducta suicida, al ser una fuente de información principal[23], situación que no aconteció en el presente caso.

66. Este organismo advierte que existió una omisión por parte de la AR1 en la adopción de medidas para realizar un diagnóstico del estado de salud mental de la V, así como la falta de personal medico suficiente para brindar atención eficiente e idónea. La preservación al derecho a la vida no puede entenderse como aislado, ya que implica la garantía de otros derechos, como lo son la salud e integridad personal, por lo que recae directamente su observancia en las autoridades que están a cargo de su custodia en su calidad de garantes, cada una en el ámbito de su competencia, de este modo, cualquier actuación por acción u omisión que implique un menoscabo a tal derecho, los convierte en entes responsables.

67. Ahora bien, del análisis realizado a las evidencias que integran el expediente CEDHBC/ENS/Q/62/19/2VG, en términos de lo dispuesto por el artículo 45 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, así como a los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, se cuenta con elementos suficientes que permiten acreditar que se vulneró el derecho humano a la vida por omisión de brindar una adecuada protección a la integridad personal en agravio de la V, debido a las siguientes consideraciones:

B) Omisión de salvaguardar la vida de la persona privada de la libertad por falta de vigilancia, en su calidad de garante.

---

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

[23] Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014, pág. 26

68. 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[24]. Son con frecuencia el único personal disponible las 24 horas de día, por tanto, constituyen la línea frontal de defensa en la prevención de los suicidios[25] pero no podrán detectar los riesgos si no tiene la capacitación apropiada.

69. Una vez establecido que la V permanecía privado de su libertad en una estancia dentro del área médica del CERESO Ensenada debido a un intento de suicidio que requirió de su excarcelación tan solo unas horas antes, se sabe que el comandante interino de seguridad interior del CERESO a través de su parte informativo elaborado el 27 de mayo de 2019 comunicó a AR2 los hechos acontecidos con la V el 27 de marzo de 2019 y manifestó lo siguiente: "p*ermanecerá recluido en el área médica en calidad de observación bajo custodia de la Policía Estatal de Seguridad y Custodia*" (…). Es decir que AR2, tuvo conocimiento del riesgo en el que se encontraba la V y a pesar de ello, no se ocuparon de implementar medidas encaminadas a prevenir que los hechos se volvieran a repetir.

70. La AR2 informó que, en situaciones especiales, que requieran atención específica como el intento de quitarse la vida, se activa la normativa 013/2018, referente a la vigilancia en medidas especiales de seguridad, la cual establece un lapso de vigilancia cada 30 minutos.

71. Sin embargo, cabe resaltar que, de la misma información obtenida por los SP2, SP3 y SP4, mencionada en el párrafo 56 inciso a), se desprende que desde su reingreso al centro fue monitoreado hasta la mañana del día 28 de marzo de 2019 en dos ocasiones entre las 8:00 y las 9:00 horas, luego a las 10:40 horas y finalmente hasta las 12:28 horas que se encontró el cuerpo sin vida de la V, colgado de una sábana amarrada al cuello, misma que del otro extremo se encontraba sujeta a la ventana del baño. Lo cual denota una omisión al deber de cuidado por parte de la AR2 en su calidad de garante, pues la V se encontraba bajo su custodia y requería por su situación especial de vulnerabilidad una estricta vigilancia y atención especializada de conformidad con la normativa 013/2018, lo cual no sucedió en el presente caso.

---

[24] Corte IDH. Caso Hernández Vs. Argentina. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2019. Serie C No. 395.

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

72. Ahora bien, la OMS ha determinado que una vez que ocurre un intento de suicidio se requiere monitoreo constante, teniendo en cuenta que un intento de suicidio por ahorcamiento puede tomar solo 3 minutos para causar daño cerebral permanente y de 5 a 7 minutos para ser letal, aun las rondas a intervalos de cada 10-15 minutos podrían no ser suficientes para un recluso agudamente suicida, por lo que debe proporcionarse supervisión ininterrumpida y contacto humano.[26] Además, la evaluación psicológica integral de la persona privada de su libertad debe realizarse lo más pronto posible después del incidente, lo cual deja ese manifiesto que la normativa 013/2018 debe ser revisada y actualizada de conformidad con los estándares máximos de protección de derechos humanos con la finalidad de que regule una actuación idónea y efectiva en temas de suicidio.

73. La CrIDH ha establecido que el deber de prevención, el cual forma parte del deber general de garantía, "abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y no se demuestra su incumplimiento por una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación"[27]. El componente esencial en cualquier programa de prevención del suicidio es contar con personal penitenciario bien capacitado ya que constituyen la columna vertebral de cualquier cárcel, prisión o centro de menores[28].

74. Bajo esta perspectiva, la OMS ha determinado que debe prestarse especial atención a la población penitenciaria mediante un monitoreo adecuado de los reclusos suicidas, especialmente durante el turno nocturno y en establecimientos donde el personal no siempre está asignado a un área. El nivel de monitoreo debe concordar con el nivel de riesgo, debido a ello el tratamiento de salud mental es indispensable en estos casos, debiendo realizar intervenciones farmacológicas o psicosociales de manera oportuna[29], desde el momento de su ingreso y ulteriormente tan a menudo como sea necesario[30].

75. Es notable que las autoridades penitenciarias -AR1- , personal médico, técnico y de seguridad y custodia penitenciaria, dejaron de acatar las siguientes

---

[26] Íbidem
[27] Corte IDH. Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329. párr. 220
[28]Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Organización Mundial de la salud", Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, Ginebra 2007.
[29] Ídem
[30] Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos. Adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1995, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977, Regla 24.

consideraciones que tuvieron como consecuencia la pérdida de la vida de la V, puntualizando:

a) No se integró desde su ingreso, ni durante su estancia en el Centro, un expediente clínico que determinara su estado de salud mental.
b) No se cuenta con el personal suficiente en el área de la salud mental, que brinde la atención oportuna y de calidad que garantice la dignidad de las personas privadas de la libertad.
c) No actuaron con la debida diligencia en la atención médica y psicológica, tanto antes del primer intento de suicidio, como posterior a éste, ocurrido el 27 de marzo de 2019;
d) No se asignó el medio de custodia adecuada durante su estancia en una celda aislada con motivo de medidas especiales, ni durante su permanencia en el área médica del centro.

VII. RESPONSABILIDAD

76. Dado a que el cumplimiento de una Recomendación, por su propia naturaleza no son determinaciones coercitivas, su destinatario es el superior jerárquico de las instituciones de adscripción de las personas servidoras públicas responsables de las violaciones a derechos humanos. De esa manera, corresponde al titular instruir la realización de las acciones de reparación a las víctimas y de la investigación de los hechos para imponer las sanciones que correspondan y evitar que queden impunes.

77. Durante el desarrollo del presente documento, se motivó la serie de omisiones cometidas por la AR1 y AR2, traducidas básicamente en no brindar atención médica especializada e integral a la V y una evidente omisión en el deber reforzado de cuidado del personal penitenciario en su calidad de garante ante el inminente riesgo de que la V volviera atentar contra su vida, lo que en su conjunto derivó en la imposibilidad de evitar su fallecimiento.

78. Las autoridades penitenciarias del Estado deberán aplicar medidas para subsanar las deficiencias que debilitan la seguridad en los CERESOS, como autoridades garantes de seguridad, vida, salud e integridad de las personas privadas de la libertad que tienen bajo su custodia, para que su actuación sea acorde a los principios rectores del servicio público estatal: dignidad, igualdad, legalidad, proporcionalidad y reinserción social, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1° Constitucional, artículo 4 de la Ley Nacional de Ejecución Penal y artículo 7 de la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de Baja California.

VIII. ACREDITACIÓN DE VÍCTIMAS

79. La CEDHBC en la presente recomendación, no solicita la indemnización por la omisión en la que incurrió la autoridad y que tuvo como consecuencia la pérdida de la vida de la V, no obstante lo anterior y en relación con otras medidas de reparación integral a favor de las víctimas indirectas, estas quedaran sujetas a la determinación de la Comisión Estatal de Víctimas, en caso de que así lo solicite la persona que ejerza vínculo filial con la V, de conformidad con la Ley General de Víctimas y la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California.

IX. MEDIDAS DE NO REPETICIÓN.

80. Se refieren a la implementación de medidas tendentes a evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos, como los que se trataron en el presente caso y contribuir a su prevención, por lo que el Órgano Administrativo en conjunto con las autoridades establecidas en el artículo 5 de Ley Nacional de Ejecución Penal, deberán:

a) Diseñar y operar protocolos óptimos para la detección oportuna de riesgos, medidas de tratamiento y vigilancia que deben adoptarse para salvaguardar la vida e integridad de las PPL con ideas suicidas, por parte de la autoridad penitenciaria, o bien, crear los mecanismos de operación eficiente de las normas técnicas ya existentes, proveyéndole los recursos suficientes para su debida instrumentación.

b) Que, a través de programas de capacitación, se sensibilice y brinde las capacidades técnicas al personal que labora en lugares de internamiento sobre la importancia de la prevención del suicidio en escenarios penitenciarios, y de cómo tratar a personas privadas de su libertad con problemas de salud mental e ideas suicidas y sobre los cuidados, atención y vigilancia estrecha que deben recibir.

81. En consecuencia, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, Comisionado Estatal del Sistema Penitenciario, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Realizar en un plazo no mayor a 90 días naturales un Plan de Trabajo Integral que contemple el diseño, la elaboración y la implementación de un Protocolo para la atención y prevención de suicidio dentro de los establecimientos penitenciarios, que incluya la atención de posibles conductas suicidas, así como los ejes y

parámetros de actuación ante tales supuestos y la sensibilización y capacitación del personal de la Policía Estatal de Seguridad y Custodia Penitenciaria, enviando las pruebas de cumplimiento correspondiente a este organismo estatal.

SEGUNDA. En un plazo no mayor a 90 días naturales, organicen mesas de trabajo para actualizar las normas denominadas "prevención de comportamientos suicidas" y "vigilancia en medias especiales de seguridad", a fin de que, el personal médico, técnico y de seguridad y custodia penitenciaria, les permita identificar conductas o tendencias suicidas en la población privada de su libertad y brindar el debido seguimiento, una vez realizado lo anterior, informar a esta Comisión el cumplimiento.

TERCERA. En un plazo no mayor a 60 días naturales se realice un diagnóstico para establecer las necesidades de personal médico, tanto general como especializado en salud mental, dentro del centro penitenciario, que tenga como finalidad llevar a cabo la contratación del personal faltante y de esta manera, lograr una prevención, reparación y rehabilitación de la salud, idónea de las personas privadas de su libertad en el CERESO de Ensenada, Baja California. Se deberá informar su cumplimiento a esta Comisión.

CUARTA. En un plazo no mayor a 60 días naturales informe a este organismo estatal, a través de la unidad jurídica, la autoridad que deberá dar seguimiento al procedimiento administrativo que se inició en contra de los funcionarios mencionados y de aquellos que de acuerdo con su función hayan incurrido en una falta administrativa y del resultado de dichos procedimientos.

QUINTA. Realizar en un plazo no mayor a 60 días naturales los trámites para que se imparta al personal del Sistema Penitenciario, un curso sobre la prevención del suicidio y salud mental, impartido por la Secretaría de Salud, con el objetivo de garantizar la no repetición de actos similares a los que dieron origen al presente pronunciamiento, informando a este organismo estatal el cumplimiento respectivo.

SEXTA. En un plazo no mayor a quince días, designe a una persona servidora pública para que funja como enlace con la comisión estatal, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente recomendación, y en caso de ser sustituido, notifique oportunamente mediante oficio dicha determinación.

82. La presente Recomendación tiene el carácter de pública, de conformidad a lo dispuesto por el apartado B del artículo 102 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 47 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente le confiere la Ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero,

constitucional la investigación que proceda por parte de la dependencia administrativa o cualquiera otras autoridades competentes, para que, en el marco de sus atribuciones, aplique la sanción conducente y se subsane la irregularidad de que se trate.

83. De conformidad con el artículo 47, último párrafo, de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California y 129 de su Reglamento Interno, les solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de diez días hábiles siguientes a su notificación, así mismo, las pruebas tendentes al cumplimiento de la presente Recomendación se envíen a esta Comisión Estatal, en el término de cinco días hábiles contados a partir de su aceptación de la misma.

84. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como el artículo 48 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California y 129 del Reglamento Interno, la Legislatura Local podrá llamar a las autoridades o servidores públicos responsables para que comparezcan ante dicho órgano legislativo, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

PRESIDENTE

MIGUEL ÁNGEL MORA MARRUFO