

Recomendación 01VG/2023

Caso de violaciones graves a los derechos humanos, por el fallecimiento de un adolescente de catorce años que presentaba múltiples discapacidades, debido al maltrato, falta de cuidado, negligencia y dolo en la actuación del personal del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León.

Responsable: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León.

Principios y derechos humanos vulnerados:

- A la vida y a no ser privado de esta;
- A una vida libre de violencia;
- A la preservación de la integridad física, psicológica y emocional;
- A un trato humano;
- Al interés superior de la infancia y adolescencia;
- A vivir en condiciones de bienestar;
- A un sano desarrollo integral;
- A vivir en familia;
- A la salud;
- Al acceso a la verdad;
- A la legalidad;
- Al debido proceso;
- A la dignidad; y,
- A los diversos derechos que tienen las personas en situaciones de discapacidad.

Gloria Bazán Villarreal

Encargada del Despacho de la Dirección General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León

Presente

Monterrey, N.L., a 30 de mayo de 2023

Visto: para concluir el expediente CEDH-2022/175/01 y sus acumulados CEDH-2021/1570/01, CEDH-2021/1591/01, CEDH-2021/1592/01, CEDH-1593/01, CEDH-2121/1594/01, CEDH-2021/1595/01, CEDH-2021/1596/01, CEDH-2021/1597/01, CEDH-2021/1598/01, CEDH-2021/1599/01 MP19, CEDH-2021/1601/01, CEDH-2021/1604/01 y CEDH-2022/731/01, tramitados en contra del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León y la Secretaría de Seguridad Pública y Protección Ciudadana del Municipio de Guadalupe, Nuevo León.

En primer lugar, debe indicarse que las determinaciones que emite este Organismo se centran en el respeto y garantía de derechos humanos contemplados en el derecho interno e internacional, así como en las interpretaciones evolutivas y progresivas que realizan los organismos nacionales e internacionales, a partir de los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad, progresividad y pro persona.¹

Vale la pena aclarar que esta resolución no excluye, ni afecta el ejercicio de otros derechos o medios de defensa, ni interrumpe los plazos de preclusión o prescripción y tampoco tiene el efecto de anular, modificar o dejar sin efectos las resoluciones o actos en contra de los cuales se hubiese presentado alguna otra queja o denuncia.

Es pertinente mencionar que, en cuanto a las evidencias recabadas, solo se hará referencia a las constancias relevantes² en atención a su viabilidad para acreditar los hechos expuestos.

Por regla general, no se mencionan los nombres de las víctimas, con el objeto de proteger su identidad y datos personales, para que no sean divulgados y evitar, entre otras cosas, su revictimización.

Sin embargo, en el presente caso, esta Comisión se apartará, por excepción, de este proceder y en esta Recomendación se identificará expresamente a una de las víctimas directas, concretamente, a Ángel Manuel Moreno, por dos razones fundamentales:

- Cuando por la trascendencia del caso el nombre de la víctima directa ha sido expuesto y publicitado en los medios de comunicación masiva y redes sociales, ya no tiene objeto mantener esa secrecía y esto es lo que acontece en el caso que nos ocupa; y,
- Porque es de suma relevancia que su nombre sea recordado y nunca olvidado dadas las delicadas, constantes, reiteradas y graves vulneraciones a los derechos humanos que sufrió por parte del personal del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León, que trajeron como consecuencia su fallecimiento.

¹ Previstos en el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

² Descritas en el apartado 2 de esta determinación.

En el caso de las otras víctimas sí se preservará en secrecía su nombre y demás datos personales que las identifiquen o las hagan identificables, principalmente, para resguardar sus derechos a la privacidad, intimidad y protección de datos personales, así como para evitar su revictimización.³

De manera similar, se procederá respecto de aquellas personas cuyos nombres han aparecido durante la investigación, por ejemplo, de aquellas que acudieron a declarar durante la indagatoria llevada a cabo en la carpeta de investigación tramitada por la Fiscalía General de Justicia del Estado.

Es importante aclarar que la identidad de las personas involucradas que no sean nombradas o de aquellos datos que no sean explícitamente mencionados, se harán del conocimiento de las partes a través de un anexo en el cual se identificará esa información con las claves utilizadas para tal efecto.⁴

Cabe señalar que el análisis de los hechos y de las constancias se realizará teniendo en cuenta los principios de la lógica y la experiencia, como lo prevé el artículo 41 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Nuevo León.

Para una mejor comprensión deberá tenerse en cuenta el siguiente glosario e índice:

GLOSARIO

Ángel y/o AMM: Ángel Manuel Moreno

Capullos: Centro de Atención Integral a Niñas, niños y adolescentes "Capullos"

CAS: Centros de Asistencia Social

CAV: Centro de Atención a Víctimas de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Nuevo León

³ Es decir, en los casos de los otros tres adolescentes que participaron en la "riña" y la hermana de Ángel Manuel Moreno.

⁴ Con excepción de las personas que declararon ante la Fiscalía General de Justicia del Estado, cuya identidad se mantendrá en secrecía, aún para la autoridad responsable, para evitar eventuales represalias en contra de las personas del servicio público del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia y de las personas particulares, sean infantes, adolescentes o adultas, que comparecieron.

Centro de Atención Integral:	Centro de Atención Integral a Niñas, niños y adolescentes del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de Nuevo León
CEEAV:	Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas
CODE:	Centro de Orientación y Denuncia
Convención Americana:	Convención Americana sobre Derechos Humanos
Convención de la Niñez:	Convención sobre los Derechos del Niño
Comisión:	Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Nuevo León
Corte IDH:	Corte Interamericana de Derechos Humanos
Director General:	El entonces Director General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León
DIF:	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León
Director de Atención al Menor:	El entonces Director de Atención al Menor y la Familia del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León
Coordinador Técnico:	El entonces Coordinador Técnico del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León
Coordinador de Fabriles:	El entonces Coordinador de Fabriles del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León
Fabriles:	Albergue de Migrantes Menores Fabriles del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León
Fiscalía:	Fiscalía General de Justicia del Estado de Nuevo León
HU:	Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la

Universidad Autónoma de Nuevo León

Instituto de Criminalística: Instituto de Criminalística y Servicios Periciales de la Fiscalía General de Justicia del Estado

IPH: Informe Policial Homologado

Ley de Asistencia Social: Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social del Estado de Nuevo León

Ley de Instituciones Asistenciales de NNL: Ley de Instituciones Asistenciales que tiene bajo su guarda, custodia o ambas a niñas, niños y adolescentes en el Estado de Nuevo León

Ley de Víctimas: Ley de Víctimas del Estado de Nuevo León

Ley General de "NNA": Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

Ley de "NNA" de NL: Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes para el Estado de Nuevo León

Departamento de Paidosiquiatría: Departamento de Paidosiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"

POE: Periódico Oficial del Estado

Procuradora: Titular de la Procuraduría de Protección de Niñas, niños y adolescentes del Estado de Nuevo León

Procuraduría: Procuraduría de Protección de Niñas, niños y adolescentes del Estado de Nuevo León

Protocolo de San Salvador: Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Secretaría de Seguridad: Secretaría de Seguridad Pública y Protección a la Ciudadanía del municipio de Guadalupe, Nuevo León

Secretaría de Seguridad del Estado: Secretaría de Seguridad del Estado de Nuevo León

SCJN: Suprema Corte de Justicia de la Nación

Unidad de Tramitación Masiva: Unidad de Tramitación Masiva de Monterrey de la Fiscalía General de Justicia del Estado de Nuevo León

Índice

1. HECHOS.....	12
1.1. Introducción	12
1.2. Apartado relacionado con el incidente de la “riña”	14
1.3. Apartado relacionado con el indebido traslado de los adolescentes	14
1.4. Apartado relacionado con la atención médica y psicológica proporcionada a Ángel durante su estancia en Capullos y Fabriles y, si los medicamentos eran o no adecuados	15
1.5. Apartado relacionado con el fallecimiento de Ángel	15
2. PRUEBAS.....	16
2.1. Del expediente CEDH-2021/1570/01.....	16
2.2. Del expediente CEDH-2021/1591/01.....	19
2.3. Del expediente CEDH-2021/1592/01.....	20
2.4. Del expediente CEDH-2021/1595/01.....	20
2.5. Del expediente CEDH-2021/1596/01.....	21
2.6. Del expediente CEDH-2021/1593/01 y sus acumulados CEDH-2021/1594/01, CEDH-2021/1597/01 y CEDH-2021/1598/01	22
2.7. Del expediente CEDH-2021/1599/01 M.P. 19	23
2.8. Del expediente CEDH-2021/1601/01.....	25
2.9. Del expediente CEDH-2021/1604/01.....	25
2.10. Del expediente CEDH-2022/731/01.....	26

2.11. Del expediente CEDH-2022/175/01.....	27
3. CONSIDERACIONES PRELIMINARES	30
3.1. Introducción	30
3.2. Las características de la infancia y la adolescencia	33
3.2.1 La dependencia física.....	33
3.2.2. La dependencia afectiva-emocional.....	34
3.2.2.1. El sostén	35
3.2.2.2. El apego.....	36
3.2.2.3. Los vínculos de las niñas, niños y adolescentes durante el desarrollo	37
3.2.2.4. La necesidad de vinculación afectiva.....	39
3.2.2.5. Las relaciones asimétricas entre niñas, niños y adolescentes y las personas adultas	39
3.2.2.6. La vinculación afectiva de carácter exclusivo	40
3.2.2.7. El apego afectivo.....	40
3.2.2.8. Las diferentes formas de reaccionar con respecto al apego.....	41
4. MARCO JURÍDICO.....	43
4.1. Introducción	43
4.2. Primer bloque	44
4.2.1. Sobre el derecho a la vida.....	44
4.2.2. Sobre el derecho que tienen las personas a no ser privados de la vida.....	47
4.2.3. Sobre el derecho que tienen niñas, niños y adolescentes a una vida libre de violencia	50
4.2.4. Sobre el derecho a la integridad personal y trato humano	52
4.3. Segundo bloque.....	53
4.3.1. Sobre el interés superior de la infancia y la adolescencia, como regla de derecho y como principio rector de todo el Orden Jurídico Mexicano	53
4.3.2. Sobre el derecho a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral	56
4.3.3. Sobre el derecho que tienen niñas, niños y adolescentes a vivir en familia.....	62
4.4. Tercer bloque.....	74

4.4.1. Sobre las personas en situación de discapacidad.....	74
4.4.2. Sobre el derecho a la salud.....	78
4.4.3. Sobre el derecho a la verdad	91
4.4.4. Sobre el principio de legalidad	97
4.4.5 Sobre el principio de dignidad como principio de derecho y como bien jurídico.....	97
5. ANÁLISIS DE FONDO	101
5.1. Acciones realizadas por la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Nuevo León durante la tramitación de los expedientes	101
5.2. Planteamiento del problema	107
5.3. Hechos no controvertidos y demostrados.....	108
5.4. Análisis de la actuación de las autoridades previo, durante y posterior al evento de la “riña” en la que participaron V1, V2, V3 y Ángel.....	108
5.4.1. Antecedente	108
5.4.2. Análisis sobre los malos tratos que personal del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de Nuevo León les dio a los adolescentes y que detonó el evento de la “riña”.....	109
5.4.3. Análisis de la actuación del personal de Capullos durante y posterior a la “riña”.....	114
5.4.4. Análisis en torno a la actuación de elementos policiales municipales.....	117
5.5. Análisis en torno a la actuación del personal del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia con motivo de los traslados de los cuatro adolescentes de Capullos a Fabriles y otros lugares.....	128
5.6. Análisis relacionado con la atención médica proporcionada a Ángel Manuel Moreno durante su estancia en Capullos y Fabriles; y si los medicamentos eran o no adecuados	142
5.7. Análisis de la actuación del personal del DIF durante los días ocho y nueve de febrero de dos mil veintidós, cuando Ángel empezó a sentirse mal y, posteriormente, falleció	155
6. DECLARACIÓN DE QUE EL FALLECIMIENTO DE ÁNGEL MANUEL MORENO DEBE CALIFICARSE, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS DERECHOS HUMANOS, COMO PRIVACIÓN INTENCIONAL DE LA VIDA Y COMO UN CRIMEN DE ESTADO	261
7. DECLARACIÓN DE LAS PERSONAS DEL SERVICIO PÚBLICO QUE ESTA COMISIÓN CONSIDERA VULNERARON LOS DERECHOS HUMANOS DE ÁNGEL MANUEL MORENO.....	263
8. DECLARACIÓN DE GRAVES VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS PERPETRADAS EN CONTRA DE ÁNGEL MANUEL MORENO Y SU HERMANA.....	268

9. RECONOCIMIENTO DE VÍCTIMAS	270
10. REPARACIÓN INTEGRAL.....	272
10.1. Restitución	273
10.2. Compensación.....	274
10.3. Rehabilitación	276
10.3.1. Atención y tratamiento médico, psicológico y/o psiquiátrico para V4, hermana de Ángel Manuel Moreno; para las víctimas directas V2 y V3; así como para la víctima indirecta V5.....	276
10.4. Satisfacción	278
10.4.1. Disculpa pública, que deberá incluir, al menos, el reconocimiento de que Ángel Manuel Moreno fue privado de la vida de manera intencional; que su deceso debe considerarse como un crimen de Estado; y el reconocimiento de las graves violaciones a los derechos humanos perpetradas por personal del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León	278
10.4.2. Memoriales.....	280
10.4.3. Conmemoración del aniversario luctuoso de Ángel Manuel Moreno.....	282
10.4.4. Revisión de diagnósticos.....	282
10.4.5. Anexar copias certificadas de la Recomendación a los expedientes personales de las personas del servicio público reconocidas como responsables de las violaciones graves a los derechos humanos de Ángel Manuel Moreno	283
10.5. Medidas de no repetición.....	283
10.5.1. Registro Estatal de niñas, niños y adolescentes violentados	283
10.5.2. Servicio médico in locus	283
10.5.3. Visitas in situ a los Centros de Atención Integral del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León y a los Centros de Asistencia Social públicos y privados.....	284
10.5.4. Circuito cerrado de cámaras de seguridad.....	286
10.5.5. Expedientes administrativos y clínicos.	287
10.5.6. Módulos para la recepción de quejas o denuncia por la posible violación de derechos humanos	288
10.5.7. Buzones de queja.....	288
10.5.8. Padrón de niñas, niños y adolescentes que se encuentran bajo el cuidado y tutela del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León, así como de los Centros de Asistencia Social públicos y privados.....	289

10.5.9. Consulta a las niñas, niños y adolescentes que se encuentra bajo la guarda y custodia del DIF	290
10.5.10. Enfoque diferenciado y especializado	290
10.5.11. Comunicado sobre la prohibición de que las niñas, niños y adolescentes que se encuentren a cargo del Estado, egresen sin que se observen los supuestos expresamente previstos por la normatividad aplicable.....	291
10.5.12. Protocolos	291
10.5.13. Girar instrucciones.....	293
10.5.14. Cursos	293
10.5.14.1. Introducción.....	293
10.5.14.2. Curso a las personas del servicio público	293
10.5.14.3. Cursos a las personas infantes y adolescentes a cargo del Estado	294
10.5.15. Idoneidad de los perfiles de las personas del servicio público.	294
10.5.16. Vista a la autoridad competente para que inicie los procedimientos de responsabilidad administrativa	294
10.5.17. Difusión de la Recomendación.....	295
11. REGISTRO DE VÍCTIMAS.....	295
12. NOTIFICACIÓN AL PATRONATO, LA JUNTA DE GOBIERNO Y EL COMISARIADO DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	296
13. LLAMADOS ESPECIALES	296
13.1. Introducción	296
13.2. A la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León.....	297
13.3. A la Dirección de Protección Civil del Estado de Nuevo León	297
14. EXHORTOS	298
14.1. Introducción	298
14.2. Al H. Congreso del Estado de Nuevo León	298
14.3. A la Fiscalía General de Justicia del Estado de Nuevo León.....	298
14.4. Al Tribunal Superior de Justicia del Estado de Nuevo León	299
15. PUNTOS RECOMENDATORIOS	300

Primero. Disculpa pública.....	300
Segundo. Memoriales.....	300
Tercero. Conmemoración del aniversario luctuoso de Ángel Manuel Moreno.....	301
Cuarto. Compensación económica.....	301
Quinto. Registro Estatal de niñas, niños y adolescentes violentados.....	301
Sexto. Módulos para la recepción de quejas o denuncias.....	302
Séptimo. Buzones de queja.....	302
Octavo. Servicio médico in locus.....	302
Noveno. Visitas in situ.....	302
Décimo. Padrón.....	303
Décimo primero. Consulta.....	303
Décimo segundo. Enfoque diferenciado y especializado.....	304
Décimo tercero. Protocolos.....	304
Décimo cuarto. Comunicado.....	305
Décimo quinto. Girar instrucciones.....	305
Décimo sexto. Cursos a personas del servicio público.....	305
Décimo séptimo. Cursos a personas infantes y adolescentes.....	306
Décimo octavo. Vista a la autoridad competente para que inicie los procedimientos de responsabilidad administrativa.....	306
Décimo noveno. Anexar copias certificadas de la Recomendación a los expedientes personales de las personas del servicio público reconocidas como responsables.....	306
Vigésimo. Atención médica, psicológica y psiquiátrica.....	307
Vigésimo primero. Difusión de la Recomendación.....	307
Vigésimo segundo. Colaboración con la Fiscalía General de Justicia y con el Juzgado de Control y de Juicio Oral del Estado.....	307

Vigésimo tercero. Idoneidad de los perfiles de las personas del servicio público.....	307
Vigésimo cuarto. Circuito cerrado de cámaras de seguridad.	308
Vigésimo quinto. Expedientes administrativos y clínicos.	308
Vigésimo sexto. Ponderación cuidadosa en las decisiones que afecten a niñas, niños y adolescentes. .	309
Vigésimo séptimo. Revisión de diagnósticos.	309
Vigésimo octavo. Instalaciones dignas, adecuadas y seguras.	310
Vigésimo noveno. Colaboración con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas.	310
16. ATENTO LLAMADO AL GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE NUEVO LEÓN.....	310
17. LLAMADOS ESPECIALES	310
Primero. A la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León.	310
Segundo. A la Dirección de Protección Civil del Estado de Nuevo León.....	311
18. EXHORTOS	311
Primero. Al H. Congreso del Estado de Nuevo León.....	311
Segundo. A la Fiscalía General de Justicia del Estado de Nuevo León.	311
Tercero. Al Tribunal Superior de Justicia del Estado de Nuevo León.....	312

1. HECHOS

1.1. Introducción

Para mayor claridad expositiva los hechos se dividirán en cuatro apartados:

- El primero, relacionado con el incidente de “riña” de cuatro adolescentes que se encontraban bajo el cuidado del personal de Capullos;
- El segundo, con el indebido traslado de esos adolescentes a Fabriles, dos de los cuales fueron llevados a otros lugares no dependientes del DIF;

- El tercero, con la atención médica y psicológica proporcionada a Ángel durante su estancia en Capullos y Fabriles y, si los medicamentos eran o no adecuados;
- El cuarto, con los hechos que trajeron como consecuencia lamentable el fallecimiento de dicho adolescente, especialmente, lo acontecido los días ocho y nueve de febrero de dos mil veintidós.

Previo a la exposición de los hechos, vale la pena subrayar⁵ que los adolescentes contaban con diagnósticos psiquiátricos y se encontraban recibiendo diferentes medicamentos, como se detalla a continuación:

- Ángel tenía catorce años, había ingresado a Capullos el veintiocho de octubre de dos mil once y al día de su fallecimiento padecía trastorno de déficit de atención con hiperactividad, síntomas de estrés postraumático, trastorno depresivo persistente, discapacidad intelectual y crisis epilépticas.

Como tratamiento se le suministraba valproato de magnesio, risperidona y fluoxetina además de olanzapina (PRN solo en caso de crisis de ansiedad previa indicación médica).

- V1 tenía dieciséis años, había ingresado el veintitrés de noviembre de dos mil trece, habiendo tenido cuatro reingresos, siendo el último el veinticuatro de septiembre de dos mil veintiuno y padecía síndrome de hirschprung, colostomía, desnutrición moderada, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, así como trastorno de conducta secundaria por abuso de sustancias psicoactivas.

Como tratamiento se le suministraba zyprexa y tenía consultas periódicas en el Departamento de Paidopsiquiatría del HU.

- V2 tenía trece años, había ingresado el doce de abril de dos mil diecinueve, habiendo tenido tres reingresos, siendo el último el cuatro de noviembre de dos mil veinte y padecía epilepsia, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, discapacidad

⁵ En atención a las constancias remitidas por el DIF.

intelectual leve, trastorno de conducta secundaria a uso de sustancias psicoactivas, trastorno hiperactivo de la conducta.

Como tratamiento se le suministraban risperidona, valproato semisodico, metilfenidato y tenía consultas periódicas en el Departamento de Paidopsiquiatría del HU.

- V3 tenía catorce años, había ingresado el once de septiembre de dos mil dieciocho y padecía trastorno de la personalidad y conducta agresiva.

Como tratamiento se le suministraban valproato de magnesio, risperidona y tenía consultas periódicas en el Departamento de Paidopsiquiatría del HU.

1.2. Apartado relacionado con el incidente de la “riña”

- El veintiocho de noviembre de dos mil veintiuno los adolescentes aventaron piedras, quebraron vidrios y amenazaron a los guardias y policías con piedras.
- V2 y V3 amenazaron a sendas personas con un cucharón y un cuchillo, respectivamente.
- Dichas personas externaron su deseo de escapar de Capullos, debido a los malos tratos que recibían del personal, los cuales consistían, entre otros, en que les doblaran fuertemente los brazos y las manos, lo que le atribuyeron, específicamente, a PSP1 y PSP2.
- El DIF solicitó el apoyo de seguridad pública, acudiendo elementos policiales del municipio de Guadalupe, quienes actuaron para detener las acciones de los adolescentes a fin de salvaguardar la integridad y seguridad de éstos, así como de las demás niños, niñas y adolescentes que se encontraban en el lugar, incluyendo al personal de Capullos.

1.3. Apartado relacionado con el indebido traslado de los adolescentes

- Después de la actuación de los elementos policiales de Guadalupe, el personal de Capullos procedió a inyectar a los adolescentes para que se tranquilizaran.
- El personal de Capullos inmovilizó a los adolescentes, aplicándoles cinta en manos y pies para, después, ser trasladados a Fabriles ese mismo día.

- V2 y V3 fueron trasladados a otros lugares externos al DIF y, el segundo de ellos, fuera del Estado.
- Estos traslados se realizaron sin haber tomado en cuenta, ni valorado las posibles repercusiones negativas que pudieran afectarlos, como el relativo a obstaculizar la convivencia con sus seres queridos.

1.4. Apartado relacionado con la atención médica y psicológica proporcionada a Ángel durante su estancia en Capullos y Fabriles y, si los medicamentos eran o no adecuados

- Ángel ingresó al DIF el veintiocho de octubre de dos mil once debido al abandono, riesgo y negligencia de su núcleo familiar.
- A su ingreso, se le diagnosticó con trastorno del lenguaje-expresivo con déficit sintáctico y fonológico, hiperactividad e impulsividad, el cual fue cambiando con el curso del tiempo.
- Los diagnósticos establecidos para Ángel fueron inespecíficos y variables, no contaron con seguimiento de especialistas de las áreas indicadas, por lo que, las indicaciones medicamentosas de igual forma fueron inespecíficas e invariables.
- Ángel no recibió una adecuada atención médica y psicológica, individualizada e integral que le permitiera el desarrollo de su personalidad y aumentar su calidad de vida.

1.5. Apartado relacionado con el fallecimiento de Ángel

- El ocho de febrero de dos mil veintidós, aproximadamente a las diez horas, PSP3, Encargado de la Enfermería de Fabriles, golpeó fuertemente a Ángel en el estómago provocando que se hiciera “conchita” y empezara a vomitar.
- Posterior a la agresión recibida, el estado de salud de Ángel decayó significativamente.
- Pesé a ser un adolescente extrovertido, permaneció acostado, vomitando y diciendo que le dolía el estómago; sin embargo, no le brindaron la atención médica que requería.

- Después de que pasaron aproximadamente quince horas,⁶ Ángel se veía pálido y con los ojos hundidos y fue hasta cuando personal de Fabriles solicitó una ambulancia, debido a que, en ese preciso momento, no había médico de guardia que lo atendiera.
- Personal médico de la empresa D34 acudió a Fabriles, pero nada pudo hacer por Ángel, quien falleció como consecuencia de las lesiones que le produjo el fuerte golpe que recibió en el estómago.
- El Director de Atención al Menor PSP4 ocultó la muerte de Ángel, ya que:
 - Ordenó a los elementos policiales de la Secretaría de Seguridad del Estado que no comunicaran lo acontecido, revisó sus celulares y les hizo borrar la información sobre el fallecimiento de Ángel.
 - Sin justificación, pese a la recomendación del personal médico de la empresa D34, de practicar la autopsia:
 - Contrató a un médico externo al DIF quien, finalmente, emitió el certificado de defunción por muerte natural; y,
 - Sin tomar en cuenta la opinión de la hermana de Ángel, solicitó la cremación de su cuerpo, lo que se llevó a cabo.
 - Negó toda información al policía ministerial que acudió a Fabriles el 11 de febrero de dos mil veintidós.

2. PRUEBAS

Las pruebas que se encuentran agregadas a los expedientes y con las que se acreditan los acontecimientos expuestos en el apartado de “Hechos”, son las siguientes:

2.1. Del expediente CEDH-2021/1570/01

- Nota informativa de veintiocho de noviembre de dos mil veintiuno, titulada “Se arman menores con cuchillo y toman DIF Capullos”.

⁶ En la madrugada del nueve de febrero de dos mil veintidós.

- Diligencia de entrevista de uno de diciembre de dos mil veintiuno, recabada a Ángel en Fabriles.
- Fichas de atención integral y de orientación médica de Ángel, elaboradas por un psicólogo y una doctora del CAV, respectivamente.⁷
- Diligencia de entrevista de uno de diciembre de dos mil veintiuno, recabada a V1.
- Fichas de atención integral y de orientación médica de V1, elaboradas por un psicólogo y una doctora del CAV, respectivamente.⁸
- Diligencia de entrevista de uno de diciembre de dos mil veintiuno, recabada a V2.
- Ficha de atención integral y de orientación médica de V2, elaboradas por un psicólogo y una doctora del CAV.⁹
- Diligencia de entrevista de uno de diciembre de dos mil veintiuno, recabada a V3, en el Centro de Rehabilitación D1.
- Ficha de atención integral y de orientación médica de V3, elaborada por un psicólogo y una doctora del CAV, respectivamente.¹⁰
- Oficio de seis de diciembre de dos mil veintiuno,¹¹ a través del cual esta Comisión solicitó a la Procuraduría información relacionada con el ingreso de Ángel a Capullos, así como de V1, V2 y V3.
- Oficio de contestación de la Subprocuradora en funciones de Procuradora,¹² a través del cual informó que los expedientes administrativos quedaban a disposición del personal de esta Comisión en su recinto oficial para que se acudiera a realizar las anotaciones o transcripciones correspondientes.

⁷ Identificadas con los folios SP/FNNA/18-2021 y SM/FOM/16-2021.

⁸ Identificadas con los folios SP/FNNA/19-2021 y SM/FOM/14-2021.

⁹ Identificadas con los folios SP/FNNA/17-2021 y SM/FOM/15-2021.

¹⁰ Identificadas con los folios SP/FNNA/20-2021 y SM/FOM/13-2021.

¹¹ Oficio CEDHNL/1VG/12681/2021.

¹² Oficio 109/SPPNNA/LEDR/2021.

- Solicitud de informe dirigida al Director General¹³ con relación a la riña.
- Contestación del Director General,¹⁴ mediante el cual informó que cuenta con una Coordinación de Seguridad que, actualmente depende de la Coordinación Técnica, la cual tiene a su cargo acciones inherentes a la seguridad, acompañando los siguientes oficios:
 - Oficio firmado por el Director de Atención al Menor.¹⁵
 - Oficio del Coordinador Técnico informando que se cuenta con cámaras en las Villas Juveniles y en las áreas de Juveniles, pero no en el área de comedor.¹⁶
- Oficio a través del cual la Subprocuradora de la Procuraduría, comunicó que con motivo de la riña se dio vista a Fiscalía y se originó la denuncia D13 con NUC D14.¹⁷
- Oficio¹⁸ de contestación¹⁹ firmado por el Director General Jurídico y de Derechos Humanos de la Secretaría de Seguridad del Estado, al cual acompañó una tarjeta informativa²⁰ firmada por el Jefe de la Sala Intermunicipal del Centro de Control y Coordinación de Operaciones del C5, al que allegó copias de dos reportes²¹ fechados el veintiocho de noviembre de dos mil veintiuno, referidos como “persona agresiva” y “riña/pelea clandestina”, respectivamente.
- Oficio²² a través del cual el Encargado del Despacho de la Dirección General Jurídica y Derechos Humanos de la Secretaría de Seguridad del Estado, en alcance, informó que el primer respondiente fueron los elementos de la Secretaría de Seguridad, habiendo remitido, al respecto, una tarjeta informativa elaborada por elementos de la

¹³ Oficio CEDHNL/1VG/12680/2021.

¹⁴ Oficio 196/2021.

¹⁵ Oficio 015/DAIMF/MMMG/2021.

¹⁶ Oficio 197/R-7-1/2021.

¹⁷ Oficio 141/SPPNNA/LEDR/2021.

¹⁸ Oficio SSP/DGJDH/DH/1329/2022.

¹⁹ Al oficio CEDHNL/1VG/286/2022.

²⁰ Tarjeta informativa D15.

²¹ Identificados con los folios D16 y D17.

²² Oficio SS/DGJDH/DH/1925/2022.

unidad D18, de la Institución Policial Estatal Fuerza Civil, habiendo calificado el evento como “riña”.

- Solicitud formulada al HU para que remitiera el resumen clínico sobre la atención médica psiquiátrica que se ha brindado a los adolescentes V1 y V2.²³
- Solicitud de los expedientes administrativos de Ángel, V1, V2 y V3 a la Encargada del Despacho de la Dirección General del DIF.²⁴
- Contestación del HU,²⁵ al que adjunto los informes enviados por el Departamento de Psiquiatría, respecto de V1 y V2.
- Oficio²⁶ firmado por el Director Jurídico del DIF, a través del cual remitió copia certificada, en formato digital, de los expedientes administrativos de Ángel, V1, V2 y V3.

2.2. Del expediente CEDH-2021/1591/01

- Diligencia de entrevista de uno de diciembre de dos mil veintiuno, recabada a Ángel en Fabriles.
- Fichas de atención integral y de orientación médica de Ángel, elaborada por un psicólogo y una doctora del CAV, respectivamente.²⁷
- Solicitud dirigida al Director General del DIF para que rindiera un informe documentado.²⁸

²³ Oficio CEDHNL/1VG/2610/2022.

²⁴ Oficio CEDHNL/2VG/7058/2022

²⁵ Oficio 1045/2022 suscrito por el Apoderado General del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

²⁶ Oficio 590/DJ/ECC/2022.

²⁷ Identificadas con los folios SP/FNNA/18-2021 y SM/FOM/16-2021.

²⁸ Oficio CEDHNL/1VG/13125/2021.

- Oficio de contestación firmado por el Subdirector Jurídico del DIF,²⁹ al que acompañó un diverso oficio firmado por el Director de Atención al Menor, a través del cual se dio contestación al informe requerido.³⁰

2.3. Del expediente CEDH-2021/1592/01

- Diligencia de entrevista de uno de diciembre de dos mil veintiuno, recabada a Ángel en Fabriles.
- Ficha de atención integral y de orientación médica de Ángel elaborada por un psicólogo y una doctora del CAV, respectivamente.³¹
- Solicitud dirigida al Director General para que rindiera un informe documentado.³²
- Oficio de contestación firmado por el Subdirector Jurídico del DIF,³³ quién acompañó los siguientes documentos:
 - Un oficio firmado por el Director del Atención al Menor, mediante el cual se dio contestación al informe requerido,³⁴ y,
 - Un oficio firmado por el Coordinador Técnico.³⁵

2.4. Del expediente CEDH-2021/1595/01

- Diligencia de entrevista de uno de diciembre de dos mil veintiuno, recabada a V1 en Fabriles.

²⁹ Oficio 030/SDJ/ECC/2022.

³⁰ Oficio 21/DAIMF/MMMG/2022.

³¹ Identificadas con los folios SP/FNNA/18-2021 y SM/FOM/16-2021.

³² CEDHNL/1VG/13124/2021.

³³ 031/SDJ/ECC/2022.

³⁴ 20/DAIMF/MMMG/2022.

³⁵ 004/R-7-1/2022.

- Fichas de atención integral y de orientación médica de V1, elaboradas por un psicólogo y una doctora del CAV, respectivamente.³⁶
- Solicitud formulada al Director General para que rindiera un informe documentado.³⁷
- Oficio de contestación firmado por el Subdirector Jurídico del DIF,³⁸ quién acompañó los siguientes documentos:
 - Un oficio firmado por el Director de Atención al Menor, a través del cual dio contestación al informe requerido;³⁹ y,
 - Un oficio firmado por del Coordinador Técnico.⁴⁰

2.5. Del expediente CEDH-2021/1596/01

- Diligencia de entrevista de uno de diciembre de dos mil veintiuno, recabada a V2 en Fabriles.
- Fichas de atención integral y de orientación médica de V2, elaboradas por un psicólogo y una doctora del CAV, respectivamente.⁴¹
- Solicitud formulada al Director General para que rindiera un informe documentado.⁴²
- Oficio de contestación firmado por el Subdirector Jurídico del DIF,⁴³ quién acompañó los siguientes documentos:

³⁶ Identificadas con los folios SP/FNNA/19-2021 y SM/FOM/14-2021.

³⁷ Oficio CEDHNL/1VG/13123/2021.

³⁸ Oficio 033/SDJ/ECC/2022.

³⁹ Oficio 19/DAIMF/MMMG/2022.

⁴⁰ Oficio 004/R-7-1/2022.

⁴¹ Identificada con el folio SP/FNNA/17-2021 y SM/FOM/15-202.

⁴² CEDHNL/1VG/13122/2021.

⁴³ 029/SDJ/ECC/2022.

- Un oficio firmado por el Director de Atención al Menor, a través del cual dio contestación al informe requerido;⁴⁴ y,
- Un oficio firmado por el Coordinador Técnico.⁴⁵

2.6. Del expediente CEDH-2021/1593/01 y sus acumulados CEDH-2021/1594/01, CEDH-2021/1597/01 y CEDH-2021/1598/01

- Diligencias de entrevista de uno de diciembre de dos mil veintiuno, recabadas a Ángel, V1, V2 y V3.
- Fichas de atención integral y de orientación médica de Ángel, V1, V2 y V3, elaboradas por un psicólogo y una doctora del CAV, respectivamente.⁴⁶
- Acumulación de los expedientes CEDH-2021/1594/01, CEDH-2021/1597/01 y CEDH-2021/1598/01 al CEDH-2021/1593/01, por guardar relación entre sí, ya que versan sobre hechos violatorios atribuidos a la misma autoridad y ocurrieron en el mismo modo, tiempo y lugar.
- Solicitud de informe documentado formulado a la Secretaría de Seguridad del Estado.⁴⁷
- Contestación firmada el Coordinador de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Seguridad del Estado,⁴⁸ quién acompañó los siguientes documentos:
 - Informe Policial Homologado de veintiocho de noviembre de dos mil veintiuno.⁴⁹
 - Oficio⁵⁰ firmado por el Director del C4, al cual se anexó, a su vez el folio D2 relativo a persona agresiva en Capullos, de veintiocho de noviembre de dos mil veintiuno.

⁴⁴ 18/DAIMF/MMMG/2022.

⁴⁵ 003/R-7-1/2022.

⁴⁶ Con folios citados en pies de página que anteceden.

⁴⁷ Oficio CEDHNL/1VG/15984/2021.

⁴⁸ Oficio SSPyPC/GPENL/CAJ/154/2022.

⁴⁹ Identificado con el folio D19.

⁵⁰ SSPYPC/GPENL/C400018/2022.

- Declaraciones de veintiocho de febrero de dos mil veintiuno, así como de dos y tres de marzo de dos mil veintidós de ese año, tomadas a los policías PSP5, PSP6, PSP7, PSP8 y PSP9, de la Secretaría de Seguridad.

2.7. Del expediente CEDH-2021/1599/01 M.P. 19

- Nota informativa titulada “Envían a albergue privado a menor implicado en riña”, de la cual se advierte que madres reclaman inseguridad al interior de Capullos.
- Solicitud⁵¹ de informe preliminar requerida al Director General.
- Contestación firmada el Director General,⁵² quién acompañó:
 - Un oficio firmado por la Procuradora;⁵³ y,
 - Otro oficio firmado por el Director de Atención al Menor.⁵⁴
- Medida Precautoria 19 dirigida al Director General,⁵⁵ emitida por esta Comisión, con la finalidad de que se garantizaran y adoptaran las medidas necesarias e inmediatas para salvaguardar la integridad física y seguridad de las niñas, niños y adolescentes, que se encontraran bajo el resguardo del DIF.
- Contestación firmada por el Director General,⁵⁶ quien acompañó:
 - Oficios firmados por el Director de Atención al Menor;⁵⁷ y,
 - Un Acta de Informe de Hechos⁵⁸ firmada por personal del DIF.

⁵¹ Oficio CEDHNL/DORQ/12558/2021.

⁵² Oficio 182/R-7-1/2021.

⁵³ 756/PPNNA/VJMR/2021.

⁵⁴ Oficio 012/DAIMF/MMMG/2021.

⁵⁵ Oficio CEDHNL/DORQ/12561/2021.

⁵⁶ Oficio 180/R-7-1/2021.

⁵⁷ Oficio 008/DAIMF/2021 y 009/DAIMF/2021.

⁵⁸ De 01 de diciembre.

- Solicitud de informe documentado, dirigido al Director General,⁵⁹ con relación a su contestación.
- Contestación firmada por el Subdirector Jurídico del DIF,⁶⁰ quién acompañó:
 - Un oficio firmado por el Director de Atención al Menor.⁶¹
 - Actas de Informe de Hechos firmadas por personal del DIF.⁶²
 - Oficio firmado por el Coordinador Técnico del DIF,⁶³ al que se anexaron:
 - Acta de reunión de seis de diciembre de dos mil veintiuno, entre el Director General, el Coordinador Técnico y su Coordinadora de Seguridad.
 - Correo electrónico de cinco de enero de dos mil veintidós, mediante el cual se solicitó la revisión y/o compra de cámaras de vigilancia.
- Solicitud de informe dirigido al Director General.⁶⁴
- Contestación firmada por el Subdirector Jurídico del DIF,⁶⁵ quién acompañó un oficio firmado por el Coordinador Técnico del DIF,⁶⁶ al que se anexó la captura de requisición de materiales,⁶⁷ de uno de febrero de dos mil veintidós.
- Oficio firmado por el Director de Atención al Menor.⁶⁸

⁵⁹ Oficio CEDHNL/1VG/13131/2021.

⁶⁰ Oficio 032/SDJ/ECC/2022.

⁶¹ 22/DAIMF/MMMG/2022.

⁶² Fechadas el treinta de diciembre de dos mil veintiuno, así como de los días cuatro, seis y siete de enero de dos mil veintidós.

⁶³ Oficio 005/R-7-1/2022.

⁶⁴ Oficio CEDHNL/1VG/1015/2022.

⁶⁵ Oficio 115/SDJ/ECC/2022.

⁶⁶ Oficio 036/R-7-1/2022.

⁶⁷ Con folio 137478.

⁶⁸ 33/DAIMF/MMMG/2022.

- Actas de informe de hechos firmadas por el personal del DIF.⁶⁹

2.8. Del expediente CEDH-2021/1601/01

- Solicitud de informe dirigida al Director General.⁷⁰
- Contestación firmada por el Director General,⁷¹ quién acompañó:
 - Un oficio firmado por la Procuradora;⁷² y,
 - Otro oficio firmado por el Director de Atención al Menor.⁷³
- Contestación firmada por la Procuradora.⁷⁴
- Solicitud de informe en colaboración dirigido al HU.⁷⁵
- Contestación firmada por el Apoderado General del HU.⁷⁶
- Solicitud de informe, en alcance, dirigido a la Procuradora.⁷⁷
- Contestación firmada por la Procuradora.⁷⁸

2.9. Del expediente CEDH-2021/1604/01

- Acta de inspección en las instalaciones de Capullos, de dos de diciembre de dos mil veintiuno.⁷⁹

⁶⁹ De los días once, trece, catorce, veinte, veintiuno, veintiséis y veintinueve de enero de dos mil veintidós.

⁷⁰ Oficio CEDHNL/DORQ/12558/2021.

⁷¹ Oficio 182/R-7-1/202.

⁷² Oficio 756/PPNNA/VJMR/2021.

⁷³ Oficio 012/DAIMF/MMMG/2021.

⁷⁴ Oficio 940/PPNNA/VJMR/2021.

⁷⁵ CEDHNL/1VG/12883/2021.

⁷⁶ Oficio 4996/2021.

⁷⁷ CEDHNL/1VG/2613/2022.

⁷⁸ Oficio 78/DPPNA/VJCP/2022.

⁷⁹ Se entrevistó en el recorrido de la inspección a los adolescentes V4 y A2.

- Fichas de atención integral de A1 elaborada por un psicólogo del CAV.⁸⁰
- Fichas de atención integral de V4 elaborada por un psicólogo del CAV.⁸¹
- Fichas de atención integral de A2, elaborada por un psicólogo del CAV.⁸²
- Solicitud de informe formulada al Director General.⁸³
- Contestación firmada por el Subdirector Jurídico del DIF,⁸⁴ al que acompañó un oficio firmado por el Director de Atención al Menor.⁸⁵
- Contestación⁸⁶ firmada por el Director de Atención al Menor,⁸⁷ adjuntando doce fotografías.

2.10. Del expediente CEDH-2022/731/01

- Queja planteada por V5, a nombre propio y en representación de su hijo V2, en la cual manifestó su inconformidad con el traslado e ingreso del adolescente a la Institución Clínica denominada D3, en Orizaba, Veracruz, además de no haber recibido ninguna información.
- Solicitud de informe documentado formulada a la Procuraduría.⁸⁸
- Solicitud de informe documentado dirigida al Director de Atención al Menor.⁸⁹
- Contestación firmada por la Procuradora.⁹⁰

⁸⁰ Identificada con el folio SP/FNNA/21-2021.

⁸¹ Identificada con el folio SP/FNNA/22-2021.

⁸² Identificada con el folio SP/FNNA/25-2021.

⁸³ Oficio CEDHNL/1VG/93/2022

⁸⁴ Oficio 58/SDJ/ECC/2022.

⁸⁵ Oficio 25/DAIMF/MMMG/2022.

⁸⁶ En atención al oficio CEDHNL/1VG/1120/2021.

⁸⁷ Oficio 54/DAIMF/MMMG/2022.

⁸⁸ CEDHNL/1VG/6219/2022.

⁸⁹ CEDHNL/1VG/6507/2022.

⁹⁰ Oficio 3058/PPNNA/VJMR/2022.

2.11. Del expediente CEDH-2022/175/01

Las fechas corresponden a dos mil veintidós, salvo precisión en otro sentido.

- Apertura oficiosa de la queja con motivo de la nota periodística titulada “Ocultó DIF Estatal muerte de menor que participó en Disturbios de Capullos”.
- Solicitud de informe documentado formulada al Director de Atención al Menor.⁹¹
- Contestación del Director de Atención al Menor, quien acompañó:⁹²
 - Sentencia emitida en el expediente D4, relativo al Juicio Especial sobre Perdida de Patria Potestad, de diecisiete de octubre de dos mil dieciséis, firmado por el Juez Segundo de lo Familiar del Segundo Distrito Judicial del Estado, donde se le otorgó la tutela definitiva de Ángel y V4 al Director de Atención al Menor.
 - Certificado de defunción D10 de nueve de febrero de dos mil veintidós, del que se advierte como causa de la defunción de Ángel un choque séptico, teniendo un intervalo aproximado de tres horas, desde el inicio de la enfermedad hasta la muerte, así como una peritonitis, teniendo como inicio quince horas antes del fallecimiento.⁹³
 - Acta de defunción de Ángel, de nueve de febrero, en la que se asentó, como destino, la cremación del cuerpo.
 - Notas de evolución del veintinueve de diciembre de dos mil veintiuno, elaborada por personal del departamento de enfermería del DIF, en la que se valoró a Ángel.
 - Notas de evaluación del cuatro de enero, elaborada por personal del Departamento de Pediatría del DIF.
 - Receta médica del veintinueve de diciembre de dos mil veintiuno, realizada por personal médico del HU.

⁹¹ Oficio CEDHNL/DORQ/1830/2022.

⁹² oficio 73/DAIMF/MMMG/2022.

⁹³ Elaborado por el doctor PP4.

- Kardex de medicamento de veintitrés de diciembre de dos mil veintiuno.
- Solicitud “uso inmediato”, referente a los servicios funerales de Ángel.⁹⁴
- Orden de inhumación o cremación de Ángel, emitido por el Oficial Décimo del Registro Civil.⁹⁵
- Solicitud⁹⁶ de informe documentado dirigido al Director General.
- Contestación firmada por el Subdirector Jurídico del DIF, quien acompañó:
 - Un oficio firmado por el Director de Atención al Menor;⁹⁷
 - Acta de seis de febrero, firmada por diverso personal de Fabriles;
 - Reporte de ocho de febrero, firmado por la PSP10; y,
 - El reporte de ocho de febrero, firmado por PSP3.
- Reforzamiento de la medida precautoria 19, para que se garantizara a las niñas, niños y adolescentes la protección de su integridad física y psicológica, el acceso a la atención médica de urgencia y especializada, así como al tratamiento que su condición de salud requiera.⁹⁸
- Contestación al reforzamiento de medida precautoria, firmada por el Director General,⁹⁹ quién acompañó un oficio firmado por el Director de Atención al Menor.¹⁰⁰
- La Unidad de Tramitación Masiva, remitió copia electrónica certificada de la carpeta de investigación D5, iniciada con motivo del fallecimiento de Ángel, de la cual se advierten las siguientes constancias:

⁹⁴ Solicitud número D9.

⁹⁵ Con número de control D20, de once de febrero de dos mil veintidós.

⁹⁶ CEDHNL/1VG/1492/2022.

⁹⁷ Oficio 113/DAIMF/MMG/2022.

⁹⁸ Oficio CEDHNL/1VG/1914/2022.

⁹⁹ Oficio 084/R-7-1/2022.

¹⁰⁰ Oficio 107/DAIMF/MMMG/2022.

- IPH de 11 de febrero.¹⁰¹
- Acta de entrevista de once de febrero, al Director de Atención al Menor.
- Entrevistas realizadas el quince de febrero, al Director de Atención al Menor; PSP3 y PSP11.
- Entrevistas realizadas el:
 - Dieciséis de febrero: a PSP12;
 - Diecisiete de febrero: a V4, PP1, PP2 y PP3;
 - Dieciocho de febrero: a PP4, A3, A4, A5, A6 y A7;
 - Veintidós de febrero: a PSP13, PSP14, PSP15, PSP16, PSP17, PSP18, PSP19, PSP10 y PSP20, PSP21, PSP22, PSP23, PSP24, PSP25, PSP26, PSP27 y PP28;
 - Veinticuatro de febrero: a PP5 y PP6;
 - Veinticinco de febrero: a PP29, PP30, PSP31, PSP32 y PSP12;
 - Veintiocho de febrero: a PSP33, PSP34, PSP35, PSP36, PSP37, PSP38 y PSP39;
 - Uno de marzo: a PSP40, A8 y PP7;
 - Ocho de marzo: a PP41, PP42, PSP11, PSP3, PP8, PP9 y PP10;
 - Nueve de marzo: a PP43;
 - Catorce de marzo: a PSP44;
 - Quince de marzo: a PSP45;

¹⁰¹ Con folio D21, firmado por PSP76.

- Veintinueve de marzo: a PSP46, PSP47, PSP48, PSP49, PSP50, PSP51, PSP53 y PSP53;
- Cuatro de mayo: a PSP54.
- Historia Clínica Prehospitalaria de la empresa médica D34.¹⁰²
- Dictamen médico pericial elaborado por el personal médico del Instituto de Criminalística.¹⁰³
- Solicitud de información dirigida a la Encargada de la Dirección General del DIF.¹⁰⁴
- Contestación firmada por la Encargada de la Dirección General del DIF, a través de la cual acompañó un oficio firmado por PSP21, Coordinador Médico de Capullos, anexando, además, un Reporte Médico y un Expediente Médico, ambos de V4.
- Opiniones técnica-psicológica y técnica-médica, emitidas por un perito en psicología y una perita médica del CAV, respectivamente.¹⁰⁵

3. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

3.1. Introducción

El caso de Ángel Manuel Moreno pone de manifiesto la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las personas infantiles y adolescentes que carecen de un entorno familiar y que, por diversas razones, se encuentran institucionalizadas en los CAS públicos o privados.

No son pocos los casos de violencia, abuso, negligencia y omisiones cometidos en contra de las personas infantiles y adolescentes que residen en estos lugares, cuyo origen radica, generalmente, en la falta de regulación, supervisión y control estatal.

¹⁰² De nueve de febrero.

¹⁰³ De siete de abril, con folio D22.

¹⁰⁴ Oficio CEDHNL/2VG/3914/2023.

¹⁰⁵ Identificadas con los folios SP-OP/02-2023 y SM-OM/01-2023.

Por tal motivo, el análisis que llevará a cabo esta Comisión será escrupuloso, pues esta determinación no solo tendrá por objeto resolver el caso concreto, sino también:

- Visibilizar el panorama de la situación de los derechos de este grupo de población;
- Alentar a la reflexión individual y colectiva sobre la trascendencia y obligatoriedad, para toda la sociedad, pero, sobre todo, para los Entes Estatales, de respetar, proteger y hacer efectivos sus derechos;
- Incentivar el análisis de estas problemáticas para que las autoridades, en sus respectivos ámbitos de competencia, lleven a cabo acciones integrales, transversales, interseccionales y efectivas con la finalidad de brindarles la protección más completa posible;
- Impulsar que se garantice:
 - El desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes;
 - Que su proyecto de vida sufra las mínimas afectaciones posibles;
 - El derecho que tienen a ser informadas e informados con claridad y sencillez sobre su situación y a ser escuchados sobre lo que sienten al respecto, teniendo en cuenta que su lenguaje y comprensión es distinta al de las personas adultas;
 - Que en la toma de decisiones se tengan en consideración sus características concretas y situaciones específicas; y,
 - Que se interpreten sus narrativas y relatos lo más cercano posible a su lógica y no a la de las personas adultas.
- Urgir que se privilegie la elaboración y aplicación de los Planes de Restitución de Derechos en plazos breves.

El Estado, en su calidad de garante de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, tiene que:

- Transitar de un enfoque paternalista, visualizando a las personas infantes y adolescentes no solo como objeto de protección jurídica, sino como sujetos plenos de derecho;

El enfoque paternalista representa una violación al derecho a la igualdad y no discriminación, porque bajo ese enfoque se justifica el uso de la violencia para “educar” y controlar a niñas, niños y adolescentes que no se ajustan la representación idealizada de la niñez, siendo muchas de las veces criminalizados y tratados de forma desigual, negando el goce pleno de sus derechos humanos.

- Adoptar medidas concretas para su cuidado y atención, así como para determinar su situación jurídica, acorde a las características específicas de cada niña, niño y adolescente, observando, en todo momento, su interés superior;
- Hacer realidad el ejercicio de sus derechos, utilizando las vías de acción, medios y mecanismos necesarios para ello;
- Llevar a cabo acciones conjuntas y articuladas, con la participación de la sociedad, teniendo en cuenta que la protección especial que requieren nos concierne a todas y todos en conjunto.

La lectura de este caso debe concebirse con un rostro, con un nombre y como una trágica historia de vida plagada de sufrimientos: la de Ángel Manuel Moreno.

La historia de una persona fallecida no termina allí. Los muertos hablan, gritan, lloran y piden justicia; y todo Organismo Protector de Derechos Humanos debe constituirse en la voz de aquellas personas que no pueden ser escuchadas por sí mismas, la voz que, aunque clame en el desierto debe ser escuchada.

El ingreso de las niñas, niños y adolescentes a los CAS es un tema complejo que implica factores económicos, sociales, culturales y educativos, como la desigualdad social, la pobreza multidimensional, la explotación económica, laboral y sexual, así como la trata de personas, por señalar solo algunos, lo que se torna aún más complicado porque su atención recae en una multiplicidad de instancias gubernamentales y actores sociales.

Las personas particulares y las del servicio público deben tener siempre presentes que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a crecer, aprender y ser felices, colocando

su desarrollo individual y colectivo como el fin último, cuya consecución requiere que los poderes públicos sometan su actuación al principio esencial de la dignidad humana, pues solo siendo conscientes de esto estaremos en posibilidad real de contribuir al reconocimiento y materialización de sus derechos humanos.

Todas y todos, personas del servicio público y sociedad en general, hemos ido perdiendo los valores de la empatía, solidaridad y humanismo. Los casos de las niñas, niños y adolescentes en cuidados alternativos no son un cúmulo de papeles que deben estar apilados en un escritorio. Son personas de carne y hueso que sienten, sufren o pueden ser felices. De todas y todos depende que continúen presentándose casos como este o propiciar un cambio real. Regresemos al humanismo y hagamos una sinergia para que estas personas puedan acceder a ser tratados como lo que son: seres humanos dignos.

3.2. Las características de la infancia y la adolescencia

Este apartado se basa, fundamentalmente, en el “Capítulo tres. Las características de la infancia y sus implicaciones” del libro titulado “El niño víctima del delito”.¹⁰⁶ Aclarado lo anterior, debe indicarse que las niñas, niños y adolescentes tienen dos tipos de dependencia:

- La física: relacionada, entre otras cosas, con necesidades básicas, como la alimentación y el cuidado; y,
- La afectiva-emocional: relacionada, esencialmente, con las necesidades de vínculo e interacción con personas significativas.

3.2.1 La dependencia física

Las personas recién nacidas están completamente indefensas, por lo cual dependen, en su totalidad, de otras personas para satisfacer sus necesidades básicas, como higiene, alimentación y abrigo, entre otros.

¹⁰⁶ Localizable en la siguiente liga de internet:

http://www.inm.gob.mx/static/Autorizacion_Protocolos/SSP/Tomo_I_NiNo_victima_del_delito.pdf

(Consultada el 16 de mayo de 2023).

Por tal motivo, una niña o un niño pequeño es totalmente vulnerable dado que no podría sobrevivir si no recibe los cuidados de una persona adulta.

A medida que adquiere mayor capacidad de movimiento y controla mejor su cuerpo, la dependencia física consiste, además, en el cuidado para evitar accidentes o conductas de riesgo que afecten su integridad física, debido a la exploración que emprenden para conocer el mundo.

Este control y cuidado se extiende durante la infancia temprana y la niñez, aún y cuando las instrucciones sean paulatinamente internalizadas, de manera que puedan controlar algunas conductas, aunque no esté presente la persona cuidadora.

Se trata, de un largo periodo de entrenamiento que, con el paso del tiempo, amplían su área de acción,¹⁰⁷ así como el número de personas a cargo de su cuidado y guía.¹⁰⁸

Esta dependencia se extiende hasta la adolescencia, por lo que la persona cuidadora debe prestar atención a signos y síntomas que puedan vincularse a enfermedades, así como la ejecución de las acciones adecuadas para que la persona adolescente reciba un diagnóstico y tratamiento adecuados o de prevención.

El desarrollo físico de las niñas, niños y adolescentes es el resultado de un proceso complejo que define a la población infantil como vulnerable y sujeta a una atención especial, en tanto sus necesidades y posibilidades de desarrollo se entrelazan y dependen de lo social, así como del cuidado externo recibido por las personas cuidadoras.

3.2.2. La dependencia afectiva-emocional

Podría llegar a pensarse que la dependencia física es más vital para la supervivencia de las personas infantes y adolescentes, que la necesidad de recibir afecto.

Sin embargo, muchas investigaciones y teorías psico-sociológicas han demostrado que el vínculo afectivo-emocional tiene importancia primordial para la supervivencia y el desarrollo de las niñas, niños y adolescentes.

¹⁰⁷ Hogar, vecindario, escuela, etc.

¹⁰⁸ Padres, cuidadores, niñeras, maestros, orientadores escolares, etc.

Una persona infante o adolescente que no recibe atención, contacto y contención afectuosa, aun cuando se le provea alimentación para mantener sus necesidades básicas, puede desarrollar síntomas de depresión, autoagresión o morir.

Incluso, algunas personas infantes y adolescentes que permanecían internados mucho tiempo en hospitales¹⁰⁹ morían antes de cumplir el año o presentaban graves retrasos del desarrollo al cumplir tres o cuatro años.

En efecto, el deterioro físico y psíquico que presentaban era paulatino: depresión, retraso motor, pasividad, rostros sin expresión, falta de coordinación ocular, disminución de la capacidad mental esperable, imposibilidad de adquirir el lenguaje, así como dificultad para ponerse de pie y de caminar.

La variable determinante era que el equipo técnico satisfacía las necesidades de alimentación e higiene, pero no participaban en relaciones afectivas estables, ya que se trataba de relaciones despersonalizadas y sin contacto.

Así, la persona infante o adolescente terminaba agrediendo a sí misma, al no poder trasladar esa agresividad hacia afuera, en alguien que la pudiera controlar, devolviéndole consuelo.

Por lo tanto, si las niñas, niños y adolescentes en cuidados alternativos carecen de vínculos afectivos, pueden presentar síntomas de carácter físico, psicológico o mental, afectando sustancialmente su sano desarrollo, sintomatología que puede aumentar en forma correlativa al tiempo transcurrido sin rescate emocional.

3.2.2.1. El sostén

Una de las funciones más importantes de la persona cuidadora es su capacidad de arrullar y calmar, ayudando a las niñas, niños y adolescentes a sentir protección y a controlar sus impulsos.

El bebé humano nace completamente indefenso y, por ende, es vulnerable, debiendo ser resguardado por el vínculo emocional del cuidado de la persona cuidadora.

¹⁰⁹ Porque algunos habían sido abandonados allí por sus padres.

La persona infante o adolescente logra sobrevivir, desarrollarse y estructurarse como individuo, organizarse física, mental y socialmente, a través de esa protección que se le proporciona, derivada de su dependencia fisiológica y social con la persona que asuma dicho rol.

En este contexto, cobran especial importancia las personas adultas con las cuales las niñas, niños y adolescentes se pueden vincular emocionalmente.

3.2.2.2. El apego

El apego es un lazo emocional que impulsa a buscar proximidad y contacto con figuras significativas.

Su sentido último es favorecer la supervivencia, manteniendo próximos y en contacto a las personas que cumplen la función de protección y cuidado, favoreciendo y fortaleciendo las relaciones de parentesco, de disposición a la protección y de ayuda mutua.

La función del apego consiste en proporcionar seguridad emocional, siendo el resultado de múltiples experiencias que acaban construyendo una representación mental, como recuerdos o expectativas, respecto a la capacidad de ayuda de la persona adulta significativa.

Sobre la base de esta representación se generan sentimientos de seguridad y bienestar o bien de inseguridad y molestia:

- Cuando ocurre lo primero: las niñas, niños y adolescentes actúan coherentemente con su sentimiento de bienestar, buscando proximidad y contacto íntimo con las personas adultas significativas;
- Pero cuando sucede lo segundo: se alejan, evita las relaciones interpersonales de carácter íntimo y, en ocasiones, puede auto agredirse o agredir a otras personas.

Los seres humanos tenemos una disposición a tener un vínculo afectivo-emocional con otras personas, a buscar la proximidad hacia quienes nos proporcionen protección contra los peligros. Esta disposición debe verse confirmada y sostenida en las sucesivas interacciones entre las niñas, niños y adolescentes con las personas significativas.

Las niñas, niños y adolescentes quieren a las figuras de apego porque con ellas perciben seguridad, aceptación incondicional, protección, así como con los recursos emocionales y sociales necesarios para que les puedan proporcionar bienestar.

Cuando la persona infante es pequeña, la ausencia o pérdida de figuras de apego es percibida como amenazante, irreparable, y como una situación de desprotección y desamparo.

La calidad de las experiencias de apego afectivo que obtienen las niñas, niños y adolescentes a lo largo de su desarrollo será registrada como aprendizaje en su memoria e influenciará múltiples aspectos, tan importantes como:

- La valoración de sí mismos(as) y de los demás;
- La confianza en sí mismo(as) y en los demás; y,
- El equilibrio entre el temor y la seguridad.

La persona infante o adolescente que no cuenta con relaciones afectivas significativas y estables es susceptible de sufrir graves perturbaciones en su desarrollo funcional.

En suma, desde el nacimiento, los seres humanos están sometidos a la influencia de la sociedad en la que viven y, en sus relaciones con los demás, están recibiendo toda la experiencia de ese grupo social.¹¹⁰

La forma de tratar a las niñas, niños y adolescentes, las conductas de las personas adultas tienen con las personas infantes o adolescentes y el comportamiento que observan va a tener una gran influencia sobre su vida posterior.

3.2.2.3. Los vínculos de las niñas, niños y adolescentes durante el desarrollo

La relación estrecha con quien cumpla el rol de persona cuidadora es una necesidad vital y básica del ser humano pequeño en sus primeros meses de vida.

¹¹⁰ Lo que se denomina proceso de socialización.

Sobre la base de las primeras experiencias aprendidas en las relaciones afectivas tempranas, la necesidad y dependencia de la persona va tomando diversas formas en un proceso de aprendizaje emocional que habilita a las personas para establecer relaciones significativas con modalidades que van variando de la infancia, pasando por la adolescencia hasta llegar a la adultez.

La evolución del apego se desarrolla por etapas:

- El bebé manifiesta preferencia por estímulos sociales, como el rostro humano, la voz, la temperatura humana, etc., sin diferenciar, en principio, quiénes interactúan con él. Más adelante, manifiesta clara preferencia por interactuar con las personas que normalmente lo cuidan, reconociendo perceptivamente a las figuras de apego.
- En la segunda mitad del primer año, el apego está claramente establecido:
 - Procura y mantiene la proximidad de las figuras de apego;
 - Reacciona a las separaciones breves con angustia;
 - Rechaza a los desconocidos; y,
 - Usa a las figuras de apego como "base de operaciones" desde la que se atreve a explorar el mundo físico y social.
- De los cuatro a los seis años ha construido en su mente una representación de las personas cuidadoras como incondicionales y eficaces, de modo que, si se han establecido adecuadamente las relaciones con las figuras de apego, estas resultan armónicas y satisfactorias.
- Cuando el vínculo de apego no se ha establecido adecuadamente, a las niñas o niños les invaden sentimientos de miedo al abandono o la pérdida de seres queridos, tendiendo a creer que los vínculos son poco consistentes. Es por eso que los amigos suelen llegar a constituirse, de alguna manera, en figuras de apego.

Durante la adolescencia, se inicia el proceso de independencia del sistema familiar y la relación con las figuras de apego, desarrollada en la infancia, sigue siendo fundamental.

En consecuencia, necesitan de la incondicionalidad y disponibilidad de figuras de apego para sentirse seguros y abrirse cada vez más a otras relaciones sociales, como amigos o pareja, ampliando el número de relaciones.

Así, el deseo máximo, con relación a las figuras de apego, no es tanto que estén presentes, como que estén disponibles cuando necesitan proximidad y apoyo.

3.2.2.4. La necesidad de vinculación afectiva

Las niñas, niños y adolescentes y las personas adultas comparten las mismas necesidades emocionales y sociales esenciales: contacto mínimo y vinculación.

Dos personas apegadas:

- Buscan y hacen lo posible por mantenerse juntas;
- Sufren las ausencias;
- Están mejor juntos cuando exploran la realidad física y las relaciones sociales, especialmente, cuando se trata de situaciones nuevas y exigentes;
- Se sienten con mayor seguridad y estabilidad cuando están uno con el otro.

Sin embargo, la situación en cuanto a desarrollo emocional y cognitivo entre las niñas, niños y adolescentes con una persona adulta no es comparable, por lo cual aparecen diferencias en los tipos de vínculos establecidos.

3.2.2.5. Las relaciones asimétricas entre niñas, niños y adolescentes y las personas adultas

El vínculo, la dependencia y el apego entre personas infantiles y adolescentes y una persona adulta es una relación asimétrica y complementaria.

Las personas infantiles o adolescentes son vulnerables, ya que dependen del sistema de cuidados y aceptación incondicional de las personas adultas.

Esto es así, porque difícilmente pueden proveerse de lo necesario para sobrevivir y tener el criterio necesario para enfrentar y resolver problemas sin haber pasado por las etapas de protección, educación y entrenamiento en el seno de relaciones significativas estables.

Además, las niñas, niños y adolescentes no eligen esta situación, debido a que se trata de relaciones interpersonales en las que se encuentran inmersas, sin que puedan sustraerse de ellas.

Las respuestas que reciban de las personas adultas, desde los primeros cuidados, pasando por la socialización básica,¹¹¹ moldearán la imagen que lleguen a formarse de sí mismos(as) y las posibilidades de desarrollar sus potencialidades y utilizarlas adecuadamente.

3.2.2.6. La vinculación afectiva de carácter exclusivo

El vínculo afectivo estrecho que se establece en la infancia con una figura significativa suele ser el único importante que pueden llegar a tener las niñas, niños y adolescentes y, a medida que crecen, es posible que sea el único referente de relevancia.

En principio, es el único, porque el bebé no tiene opción y, luego continúa siéndolo porque, por sus características,¹¹² constituye la experiencia afectiva más fuerte, dejando una huella profunda en el psiquismo humano.

3.2.2.7. El apego afectivo

Las personas adultas pueden comprender mejor, que las niñas, niños y adolescentes, que ciertas distancias no significan, ni conllevan necesariamente a la lejanía, ni a la pérdida de disponibilidad.

Por el contrario, las personas infantes se encuentran en el proceso de aprender que, si la persona cuidadora está fuera de su vista, no significa que desaparezca para siempre y su experiencia le dirá que, luego de un tiempo, regresará.

¹¹¹ Como, por ejemplo, la culturización o la adquisición del lenguaje.

¹¹² Cuidados y gratificaciones en la época de mayor vulnerabilidad.

A medida que su desarrollo emocional progresa, construye una imagen mental interna de la persona cuidadora que le permite sentirse seguro(a) aunque aquella no esté físicamente presente.

Luego, aprenderá a esperar y comenzará a tolerar la frustración, de modo que, la tolerancia a las separaciones aumentará con la edad, porque éstas serán mejor comprendidas y más fácilmente superadas.

La persona adulta tendrá internalizado este aprendizaje y su desarrollo cognitivo estará completo, lo cual le permitirá razonar, explicar y comprender lo que sucede, ya que ello le permitirá controlar sus emociones y no caer en la angustia o en sensación de desamparo.

Finalmente, debe indicarse que las formas de protesta por las separaciones tampoco son las mismas, porque las personas adultas tienen más recursos para expresar sus quejas o inconformidades.

Lo expuesto, lógicamente, no sucede, las más de las veces, con las niñas, niños y adolescentes en cuidados alternativos, dado que, desde un inicio, traen consigo una carga emocional intensa derivada de situaciones de carácter negativo como el abandono, las agresiones físicas, psicológicas o sexuales que pudiesen haber vivido o alguna otra forma de violencia.

Esto traerá como consecuencia la desarticulación estructural psíquica del individuo, con las consecuencias inherentes a ello, que pueden manifestarse, por ejemplo, en brotes psicóticos, agresiones hacia sí mismos u otras personas u otro tipo de conductas negativas que, si no se tiene la preparación profesional para contenerlas y atenderlas, pueden salirse de control y ocasionar daños irreparables para la persona infante o adolescente o para otras personas.

3.2.2.8. Las diferentes formas de reaccionar con respecto al apego

En la vida adulta, las situaciones que provocan aflicción¹¹³ suelen ser menos frecuentes, ya que se requieren motivos más complejos para ello, dado que las personas adultas

¹¹³ Que son las que más desencadenan las conductas de apego.

cuentan con más recursos, motivo por el cual, por lo general, son menos las situaciones en las que pueden sentirse vulnerables.

Además, las conductas de apego que conllevan intimidad suelen estar regidas por códigos sociales, de manera que tienden a evitarse en público, exigiéndose también una mayor capacidad de autocontrol emocional, lo que hace que tiendan a ocultar sus emociones o buscar otras formas de expresión. De tal suerte que, en la adultez, por regla general, la sensación de seguridad es más estable.

Después de la adolescencia, es muy probable que el estilo de apego se convierta en un patrón poco modificable, con efectos claros sobre el pensamiento y la conducta.

Esto no significa que el estilo de apego no pueda modificar algún aspecto personal que genere dificultades funcionales o emocionales.

Una persona adulta puede aumentar el autoconocimiento y control de las propias características del apego, aprendiendo habilidades sociales diferentes para relacionarse de manera más eficaz.

Esta es otra característica que diferencia a las niñas, niños y adolescentes de un adulto:

- La capacidad de este último de auto observarse, es decir, de hacerse consciente de la necesidad de cambio; o,
- La necesidad de buscar ayuda para lograrlo.

Capacidad con la que las personas infantes o adolescentes no cuentan.

En suma, el completo desenvolvimiento, crecimiento y adquisición de características personales de las personas infantes o adolescentes se logran con la mediación de adultos significativos con quienes interactúan y se vinculan emocionalmente.

En principio, se trata de una dependencia absoluta, vital para la supervivencia física y la estructuración del psiquismo.

Más adelante, es posible el inicio de la individuación, a través de los logros que las niñas, niños y adolescentes van adquiriendo, a medida que desarrollan sus características

individuales y sus destrezas motrices, el desarrollo del lenguaje, la posibilidad de simbolizar y el inicio del periodo escolar, por mencionar algunos.

Vale la pena destacar que, durante la adolescencia, los vínculos afectivos deben dar lugar a cierta autonomía relativa para que el desarrollo transcurra adecuadamente.

4. MARCO JURÍDICO

4.1. Introducción

Del artículo 1º de la Constitución Federal se advierte que:

- Todas las personas deben gozar de los derechos humanos reconocidos en la Constitución Federal y en los tratados internacionales en materia de derechos humanos o que contengan algún derecho humano, en los que el Estado Mexicano es parte, así como de las garantías para su protección.
- Las normas relativas a los derechos humanos deben interpretarse de conformidad con la Carta Magna y los tratados internacionales de la materia,¹¹⁴ favoreciendo en todo tiempo la protección más amplia de las personas.¹¹⁵
- Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, deben promover, proteger y garantizar los derechos humanos, así como prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a estos.

Estas obligaciones se potencializan respecto de quienes pertenecen a un grupo de atención prioritaria, como los adolescentes, sobre todo, cuando convergen en ellos diversas vulnerabilidades, como situaciones de discapacidad.

Por ende, es preciso que la actuación de las autoridades y las decisiones que tomen en los asuntos que los involucran se realice con la debida diligencia y se actúe siempre ajustado a la normatividad que regula de manera expresa sus facultades, atribuciones,

¹¹⁴ Cláusula de interpretación conforme.

¹¹⁵ Principio pro persona, el cual tiene como criterio rector el mayor beneficio del ser humano.

funciones y obligaciones, lo que significa que todas las decisiones que tomen deben estar debidamente fundamentadas y asegurarse de que tengan una motivación reforzada.

Teniendo en cuenta lo expuesto, el marco jurídico se plasmará en tres bloques:

En el primero: se hará referencia al derecho a la vida y a otros derechos relacionados con este, como el derecho a no ser privado de la vida de manera ilegal y arbitraria; el derecho que tienen las niñas, niños y adolescentes a una vida libre de violencia; el derecho a la integridad y trato humano;

En el segundo: se hará alusión al interés superior de la infancia y adolescencia y a otros derechos relacionados con este, como el derecho de las niñas, niños y adolescentes a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral; así como el derecho que las personas infantiles y adolescentes tienen a vivir en familia.

En el tercero: se hará relación a los derechos vinculados con los primeros dos bloques, como los derechos de las personas en situaciones de discapacidad, así como el derecho a la salud, a la dignidad y a la legalidad.

4.2. Primer bloque

4.2.1. Sobre el derecho a la vida

El derecho humano a la vida se encuentra reconocido, entre otros, en los siguientes instrumentos internacionales:

- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (artículos 6.1);
- La Convención Americana (Artículo 4.1);
- La Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 3); y,
- La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Declaración I).

En los cuales se señala el deber del Estado de respetar y garantizar la vida de todas las personas a través de medidas apropiadas para preservar dicho derecho.

Concretamente, la Convención Americana hace alusión al derecho intrínseco a la vida de las niñas, niños y adolescentes, así como a la garantía para su supervivencia y desarrollo.¹¹⁶

Por su parte, el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas ha descrito el derecho a la vida como un derecho supremo que no puede entenderse de manera restrictiva y su protección exige que los Estados adopten medidas positivas.¹¹⁷

Dicho Comité ha señalado¹¹⁸ que la obligación de proteger la vida también implica el deber de adoptar medidas adecuadas para abordar las condiciones generales en la sociedad que puedan suponer amenazas directas¹¹⁹ o impedir a las personas disfrutar con dignidad del derecho a la vida, entre las cuales se encuentran las medidas destinadas a garantizar el acceso, sin demora, a bienes y servicios esenciales, como la atención de la salud.¹²⁰

Asimismo,¹²¹ el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas señaló¹²² que se exige a los Estados:

- La adopción de medidas especiales destinadas a proteger la vida de las niñas, niños y adolescentes, además de las medidas generales para proteger la vida de todas las personas.
- La adopción de estas medidas debe guiarse por:
 - El interés superior de los infantes y adolescentes; y;
 - La necesidad de garantizar su supervivencia, desarrollo y bienestar.¹²³

¹¹⁶ Artículo 6.

¹¹⁷ Párr. 1 de la Observación General N° 6 (1982), sobre el artículo 6 del Pacto, relativo al derecho a la vida, emitida por el Comité de Derechos Humanos.

¹¹⁸ En la Observación General 36.

¹¹⁹ Nosotros consideramos que deben incluirse las amenazas indirectas.

¹²⁰ Párr. 26 de la Observación General 36, sobre el artículo 6 del Pacto relativo al derecho a la vida, emitida por el Comité DH.

¹²¹ Con relación al artículo 24, párrafo 1, del Pacto.

¹²² En su Observación General 36.

¹²³ Párr. 60 de la Observación General 36, sobre el artículo 6 del Pacto relativo al derecho a la vida, emitida por el Comité DH.

Por su parte, la Corte IDH ha sostenido que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos y que, de no ser respetado, todos los demás carecen de sentido.

El derecho fundamental a la vida comprende no sólo el derecho de todo ser humano a no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna.

Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de los medios que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él.¹²⁴

- La Constitución Federal se refiere a la vida como derecho fundamental, entre otros, en los artículos 4, cuarto párrafo; 14, segundo párrafo; 22, primer párrafo; y 29, segundo párrafo, señalándose en el primero de los preceptos mencionados que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.¹²⁵
- En el artículo 4, noveno párrafo, dispone que en todas las decisiones y actuaciones del Estado debe velarse y cumplirse con el principio del interés superior de la infancia y adolescencia, garantizando -de manera plena- sus derechos.
- El Tribunal Pleno de la SCJN ha sostenido que existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado, no sólo cuando una persona es privada de la vida por un agente estatal, sino también cuando no se adoptan las medidas razonables y necesarias tendentes a su preservación y a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del ente Estatal.¹²⁶

¹²⁴ Corte IDH. Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Sentencia de 19 de noviembre de 1999 (Fondo), párr. 144.

¹²⁵ Artículo 4º, párrafo cuarto.

¹²⁶ Tesis P. LXI/2010, de rubro “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO.”, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXXIII, enero de 2011, pág. 24., Novena Época, registro 163169.

4.2.2. Sobre el derecho que tienen las personas a no ser privados de la vida

Los artículos 4 de la Convención Americana y 6 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos, indican, entre otras cosas, que nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

Esto supone que el derecho a la vida no es absoluto y que, en ciertos casos excepcionales y bajo ciertas condiciones, una persona puede ser privada de esta de manera no arbitraria, como cuando, por ejemplo, los cuerpos policiales emplean la fuerza bajo los principios de legalidad, necesidad y proporcionalidad para protegerse o proteger a otras personas que ven gravemente amenazada su vida o integridad personal.

La Corte IDH ha señalado que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce pleno es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos.¹²⁷

Además, precisa que su salvaguarda presupone:

- Una obligación negativa: en cuanto a que ninguna persona debe ser privada de su vida arbitrariamente; y, a la vez;
- Una obligación positiva: consistente en que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción.¹²⁸

En similar sentido se pronunció el Tribunal Pleno de la SCJN, en la tesis aislada de rubro "DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO."¹²⁹

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha establecido que la protección del derecho a la vida puede incumplirse cuando el Estado:

¹²⁷ Caso Zambrano Vélez y otros vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas, 4 de julio de 2007, párrafo 78.

¹²⁸ *Ibidem*, párrafo 80.

¹²⁹ Tesis P. LXI/2010, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXXIII, enero de 2011, p. 24, Novena Época, registro 163169.

- No adopta las medidas de protección eficaces frente a las acciones de particulares que pueden amenazar o vulnerar el derecho a la vida de las personas que habitan en su territorio; o,
- Sus fuerzas de seguridad¹³⁰ utilizan la fuerza letal fuera de los parámetros internacionalmente reconocidos.¹³¹

Dentro del análisis del derecho a la vida y las obligaciones que los Estados tienen frente a él, es importante precisar qué son las ejecuciones arbitrarias.

En palabras de Graciela Rodríguez Mazo, éstas se traducen en un homicidio doloso perpetrado o consentido por personas cuya ilegítima actuación se apoya, de manera inmediata o mediata, en las potestades del Estado.¹³²

El Juez de la Corte IDH, Eduardo Ferrer Mac-Gregor, señala que una ejecución arbitraria se produce cuando una autoridad priva arbitraria o deliberadamente de la vida a un ser humano, en circunstancias que no corresponden al uso legítimo de la fuerza.

Para dicho juzgador, existen dos elementos importantes para que se configure esta grave violación a los derechos humanos:

- La participación de una autoridad o persona del servicio público;

¹³⁰ Aunque aquí podríamos incluir no solo a las fuerzas de seguridad, sino a cualquier agente estatal, pertenezca o no a aquellas.

¹³¹ Informe de seguridad ciudadana y derechos humanos, 31 de diciembre de 2009, párrafo 107. 107. Las obligaciones asumidas por los Estados Miembros en relación con la protección del derecho a la vida en la implementación de la política pública sobre seguridad ciudadana, pueden incumplirse especialmente en dos tipos de situaciones: (1) cuando el Estado no adopta las medidas de protección eficaces frente a las acciones de particulares que pueden amenazar o vulnerar el derecho a la vida de las personas que habitan en su territorio; y (2) cuando sus fuerzas de seguridad utilizan la fuerza letal fuera de los parámetros internacionalmente reconocidos. El alcance de estas obligaciones fue definido por la Comisión al recordar que (...) el artículo 27 de la Convención Americana establece que el derecho a la vida no es un derecho derogable. En consecuencia, los Estados no pueden, ni siquiera en tiempo de guerra, de peligro público o de otra emergencia que amenace la independencia o seguridad del Estado, adoptar medidas que suspendan la protección del derecho a la vida.

¹³² Rodríguez Mazo, Graciela. (2013) Pena de muerte y ejecuciones extrajudiciales, en Ferrer Mac-Gregor Poisot, Eduardo, et. al. (Coord). Derechos Humanos en la Constitución: Comentarios de Jurisprudencia Constitucional e Interamericana, México, Coordinación de Derechos Humanos y Asesoría de la Presidencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación de México, p. 2134.

- El atentado ilegítimo contra la vida.¹³³

Inicialmente, el Manual sobre la Prevención e Investigación Eficaces de las Ejecuciones Extralegales, Arbitrarias y Sumarias¹³⁴ fue un documento emitido por Naciones Unidas que reiteradamente fue reconocido y empleado en la jurisprudencia de la Corte IDH,¹³⁵ para fijar los alcances de las obligaciones que tienen los Estados frente a los derechos humanos de las víctimas de una ejecución arbitraria.¹³⁶

Este documento señala que dentro de los casos en donde se configura esta grave violación a los derechos humanos se encuentran las muertes resultantes de torturas o malos tratos infligidos en los centros de prisión o detención.

En opinión de esta Comisión estas graves violaciones a los derechos humanos no suceden exclusivamente en esos centros, sino también en aquellos otros en los que, por alguna razón, el Estado tiene confinadas a un determinado grupo de personas, como sucede con las niñas, niños y adolescentes y/o las personas en situación de migración.

¹³³ Ferrer Mac-Gregor, Eduardo, (2014). Las siete principales líneas jurisprudenciales de la Corte Interamericana de Derechos Humanos aplicable a la justicia penal, página 41, disponible en:

<http://www.corteidh.or.cr/tablas/r32981.pdf>.

¹³⁴ ONU, Manual Sobre la Prevención e Investigación Efectiva de Ejecuciones Extrajudiciales, Arbitrarias y Sumarias de las Naciones Unidas, E/ST/CSDHA/12 (1991).

Disponible en:

<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/executioninvestigation-91.html>

¹³⁵ Entre las sentencias en las cuales la Corte IDH ha reconocido y empleado los términos del Manual sobre la Prevención e Investigación Eficaces de las Ejecuciones Extralegales, Arbitrarias y Sumarias, se encuentran las siguientes:

- Caso Juan Humberto Sánchez vs. Honduras. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, 7 de junio de 2003, párr. 127.
- Caso Masacre Pueblo Bello vs. Colombia, sentencia de 31 de enero de 2006, párr. 177.
- Caso Masacre de Ituango vs. Colombia, sentencia de 1 de julio de 2006, párr. 298.
- Caso Penal Castro Castro vs. Perú, Fondo, Reparaciones y Costas, de 25 de noviembre de 2006, párr. 383.
- Caso Zambrano Vélez y otros vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas, de 4 de julio de 2007, párr. 121.

¹³⁶ Vale la pena mencionar que las Naciones Unidas, en 2016, emitió una versión revisado de dicho Manual, actualmente conocido como "Protocolo de Minnesota sobre la Investigación de Muertes Potencialmente Ilícitas".

De ahí que cualquier acción realizada por un agente del Estado, que tenga como resultado la privación de la vida, sin que exista una razón justificada y de peso para ello, necesariamente conlleva a una violación a este derecho, pues implica la privación arbitraria de la vida.

En este sentido, el artículo 22 de la Constitución Federal prohíbe -explícitamente- la pena de muerte, por lo que es posible concluir que es obligación del Estado Mexicano proteger el derecho a la vida y no existe procedimiento alguno mediante el cual una persona pueda ser privada de ella.

Por su parte, la Corte IDH ha establecido en numerosas ocasiones que la obligación de garantizar los derechos humanos,¹³⁷ se puede cumplir de diversas maneras y, por lo tanto, se desdobra -a su vez- en obligaciones de:

- Prevenir las violaciones a derechos humanos;
- Investigar las que se hayan cometido en el ámbito de su jurisdicción; y,
- Sancionar a los responsables de estas.¹³⁸

4.2.3. Sobre el derecho que tienen niñas, niños y adolescentes a una vida libre de violencia

De acuerdo con la Ley General de niñas, niños y adolescentes, las personas infantiles y adolescentes tienen derecho a una vida libre de toda forma de violencia y a que se resguarde su integridad personal.¹³⁹

De acuerdo con lo establecido en la Ley de niñas, niños y adolescentes de Nuevo León el Estado debe asegurarse de que todas las niñas, niños y adolescentes no sufran violencia

¹³⁷ Contendida en el artículo 1.1 de dicha Convención.

¹³⁸ Caso González y otras ("Campo Algodonero") vs. México. Excepción preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, noviembre 16 de 2009, párr. 236.

¹³⁹ Como se desprende de los artículos 13, fracción VIII; 22, párrafo tercero; 46; 57, fracciones XI y XII; 59; 96; 103, fracciones V y IX; 105, fracción IV; y 116, fracción XV.

en el seno de sus familias, en los centros de enseñanza, en los lugares de trabajo, en las calles, ni en ningún otro lugar.¹⁴⁰

Este mismo ordenamiento¹⁴¹ señala que niñas, niños y adolescentes son particularmente vulnerables a los actos violatorios del derecho a una vida libre de violencia porque no tienen capacidad para defenderse, por lo que también tienen el derecho a ser protegidos de tales actos y de los peligros que puedan afectar su salud física o mental, su normal desarrollo o cualquiera de sus otros derechos.

En este sentido, es obligación de las autoridades llevar a cabo las acciones necesarias para propiciar las condiciones idóneas para crear un ambiente libre de violencia en todas las instituciones.

Para lograr esto, las autoridades estatales y municipales, en el ámbito de sus competencias, deben coordinarse para:

- Diseñar estrategias y acciones para la detección temprana, contención, prevención y erradicación del acoso o la violencia en todas sus manifestaciones, así como indicadores y mecanismos de seguimiento, evaluación y vigilancia.
- Desarrollar actividades de capacitación para todo el personal de las instituciones públicas.
- Establecer mecanismos gratuitos de atención, asesoría, orientación y protección de las niñas, niños y adolescentes involucrados en alguna situación de acoso o violencia.

Establecer y aplicar las sanciones que correspondan a las personas, responsables de centros de asistencia social o servidores públicos que realicen, promuevan, propicien, toleren o no denuncien actos de acoso o violencia escolar, conforme a lo dispuesto en la actual Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de Nuevo León y demás disposiciones aplicables.

¹⁴⁰ Art. 48.

¹⁴¹ Art. 49.

4.2.4. Sobre el derecho a la integridad personal y trato humano

El derecho a la integridad personal y trato humano es el derecho que tiene toda persona, especialmente las niñas, niños y adolescentes, a que se le respete su integridad física, psicológica y moral e implica una obligación del Estado de no someter a nadie a ningún trato cruel, inhumano o degradante, ni permitir que terceros lo hagan.

El núcleo esencial del derecho a la integridad personal y trato humano se encuentra en la prohibición de llevar a cabo actos de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Sin embargo, este derecho puede ser vulnerado por conductas que no necesariamente alcancen ese nivel de severidad o que no cumplen con otros requisitos exigibles para quedar comprendidas en las categorías prohibidas, pero que podrían constituir una violación a ese si se demuestra que dicha afectación no era necesaria.

El derecho a la integridad personal y trato humano está reconocido en el artículo 5 de la Convención Americana, sobre el cual es importante profundizar en sus dimensiones de integridad física e integridad psíquica:

- El aspecto físico: versa sobre la conservación del cuerpo humano, sus funciones corporales y las de sus órganos; y,
- El aspecto psíquico o psicológico: busca la preservación total y sin menoscabo de la psiquis de una persona, es decir, de sus funciones mentales.

Así, el derecho a la integridad personal y trato humano:

- Conlleva un conjunto de circunstancias que permiten el disfrute de una vida plena;
- Su debida protección relación estrecha con la protección de la dignidad humana y con la protección de otros derechos humanos como la libertad personal, la vida o la salud.
- Por lo tanto, para garantizar el disfrute de una vida plena y la protección del derecho a la integridad personal y trato humano en todas sus esferas, se debe también evitar la exposición, en forma injustificada, a situaciones de riesgo.

Es importante señalar que este derecho adquiere un grado especial de importancia cuando las víctimas puedan ser o sean las niñas, niños y adolescentes, dada su posición especial en esa etapa de su vida, ya que se encuentran en mayor grado de fragilidad, pues difícilmente estarán en posibilidad de defenderse o repeler una agresión de una persona que puede estar situada en un plano de superioridad física o supremacía jerárquica.

4.3. Segundo bloque

4.3.1. Sobre el interés superior de la infancia y la adolescencia, como regla de derecho y como principio rector de todo el Orden Jurídico Mexicano

Del párrafo noveno del artículo 4 de la Constitución Federal se advierte que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se debe velar y cumplir con el principio del interés superior de la infancia y adolescencia para garantizar, de manera plena, sus derechos.

La Ley General de niñas, niños y adolescentes refiere el deber relativo a que su interés superior debe ser considerado de manera primordial en la toma de decisiones sobre cuestiones debatidas que los involucren y en caso de que se presenten diferentes interpretaciones debe elegirse la que satisfaga de manera más efectiva este principio rector, para lo cual se deben evaluar y ponderar las posibles repercusiones,¹⁴² lo que también se encuentra previsto en la Ley de niñas, niños y adolescentes de NL.¹⁴³

La Corte IDH ha sostenido que:

- Los asuntos en los que las víctimas son niñas, niños y adolescentes revisten especial gravedad porque su nivel de desarrollo y vulnerabilidad requieren de una protección especial que garantice el ejercicio de sus derechos, por lo que las acciones del Estado deben ceñirse al criterio del interés superior de la infancia y adolescencia, en cuanto a la protección, promoción y preservación de sus derechos.¹⁴⁴

¹⁴² Arts. 2 y 6, fracción I.

¹⁴³ En su artículo 1.

¹⁴⁴ Caso Veliz Franco y otros vs. Guatemala. Sentencia de 19 de mayo de 2014, párr. 133.

- Cuando se trata de la protección de los derechos de las personas infantes o adolescentes y de la adopción de medidas para lograrla rige su interés superior, que se funda en la dignidad del ser humano, en sus características propias, así como en la necesidad de propiciar su desarrollo.
- La expresión interés superior de la infancia y adolescencia¹⁴⁵ implica que el desarrollo de estos y el pleno ejercicio de sus derechos deben ser considerados como criterios rectores para la elaboración de normas y la aplicación de éstas en todos los órdenes de su vida.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos reconoce el derecho de niñas, niños y adolescentes a las medidas de protección que su condición requiera por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.¹⁴⁶

Los Estados que se han adherido a la Convención Americana¹⁴⁷ tienen el deber de tomar las medidas positivas que aseguren protección de la infancia y adolescencia en sus relaciones con la autoridad, en las relaciones interindividuales, así como con entes no estatales.¹⁴⁸

La Convención sobre los Derechos del Niño les otorga a las personas infantes y adolescentes el derecho a que se considere y tenga en cuenta de manera primordial su interés superior en todas las medidas o decisiones que le afecten su esfera, tanto la pública, como la privada.¹⁴⁹

En la Observación General 14 del Comité de los Derechos del Niño (CRC/C/GC/14), se explica que el interés superior de la infancia y adolescencia es un concepto que involucra un derecho sustantivo, un principio interpretativo y una norma de procedimiento:

- Como derecho sustantivo: implica que su interés superior es una consideración primordial que se debe evaluar y tener en cuenta al sopesar distintos intereses para

¹⁴⁵ Consagrada en el artículo 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

¹⁴⁶ Art. 24.

¹⁴⁷ Conforme a los artículos 1.1. y 19.

¹⁴⁸ Corte IDH. Opinión Consultiva OC-17/2002, 28 de agosto de 2002, párrafo 87.

¹⁴⁹ Art. 3, párrafo 1.

tomar una decisión sobre una cuestión debatida, así como la garantía de que ese derecho se debe poner en práctica siempre que se tenga que adoptar una decisión que los afecte.

- Como principio interpretativo: significa que si una disposición jurídica admite más de una interpretación debe elegirse la interpretación que satisfaga, de manera más efectiva, el interés superior de la persona infante o adolescente.
- Como norma de procedimiento: entraña que siempre que se tenga que tomar una decisión que afecte a dichas personas, el proceso de adopción de decisiones debe incluir una estimación de las posibles repercusiones, positivas y negativas.

En el caso de que este principio entre en conflicto con los derechos de otras personas y no sea posible armonizarlos, el referido Comité señala que las autoridades tendrán que analizar y sopesar los derechos de todas las personas interesadas, teniendo en cuenta que el interés superior de las niñas, niños y adolescentes tiene máxima prioridad.

El Comité estableció que las justificaciones de las decisiones deben dejar patente que se ha tenido en cuenta explícitamente el interés superior de la infancia y adolescencia y las autoridades deben explicar:

- Cómo se ha respetado este principio en una decisión concreta, manifestando los criterios en los que ésta se ha sustentado.
- Cómo se han ponderado los intereses de las niñas, niños y adolescentes frente a otras consideraciones.

En consecuencia, las autoridades que intervengan en asuntos en los cuales se encuentran involucradas niñas, niños y adolescentes deben respetar y poner en práctica el derecho a que su interés superior se evalúe y constituya una consideración primordial, teniendo la obligación de adoptar todas las medidas necesarias, expresas y concretas para hacer plenamente efectivo este derecho.¹⁵⁰

¹⁵⁰ Comité de los Derechos del Niño. Observación General 14, Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1), de 29 de mayo de 2013, párr. 13 y 17.

En 2015, el Comité remitió sus observaciones finales, en las cuales destacó que, si bien el Estado Mexicano reconoció constitucionalmente el derecho de las niñas, niños y adolescentes a que su interés superior sea tenido en cuenta como consideración primordial, externó su preocupación por que este derecho no se aplica, en la práctica, de manera consistente.¹⁵¹

En consecuencia, recomendó redoblar esfuerzos para velar por que ese derecho sea tenido en cuenta, debidamente integrado y consistentemente aplicado en todos los procedimientos y decisiones de carácter legislativo, administrativo y judicial, así como en las políticas, programas y proyectos que tengan relación con las niñas, niños y adolescentes.¹⁵²

Concretamente, con relación al tema que nos ocupa, el Comité hizo hincapié en el derecho de niñas, niños y adolescentes a una vida libre de violencia.¹⁵³

4.3.2. Sobre el derecho a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral

La Convención de la Niñez, en su artículo 3, numeral 2, establece que los Estados están obligados a asegurar a las personas menores de edad, la protección y el cuidado necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley.

Asimismo, el artículo 27 de ese instrumento reconoce el derecho a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

¹⁵¹ Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto consolidados de México, de 8 de junio de 2015, párr. 19. El Comité examinó los informes periódicos cuarto y quinto consolidados de México (CRC/C/MEX/4-5) en sus sesiones 1988^a y 1990^a (véase CRC/C/SR 1998 y 1990), celebradas los días 19 y 20 de mayo de 2015, y aprobó las observaciones finales en su 2024^a sesión, el 5 de junio de 2015.

¹⁵² Ibidem. párrafo 20.

¹⁵³ Ibidem, párrafo 31, inciso d).

El bienestar debe interpretarse en un sentido amplio, pues comprende la supervivencia, salud, integridad física y seguridad emocional, nivel de vida y atención, oportunidades de juego y aprendizaje y libertad de expresión.¹⁵⁴

Respecto a las niñas, niños y adolescentes, privados de cuidados parentales, el Comité de Derechos Humanos de la ONU ha hecho hincapié en que las medidas especiales de protección dirigidas a quienes carecen de un núcleo de cuidado deben desarrollarse en condiciones semejantes al medio familiar,¹⁵⁵ para garantizar su adecuado desarrollo.

La Corte IDH precisa que la ausencia o limitación en el cumplimiento de las responsabilidades primarias de las familias con relación a las personas menores de edad, las coloca en situaciones de especial vulnerabilidad que pueden afectar al resto de sus derechos y su desarrollo integral; de ahí que el Estado debe adoptar medidas especiales, adecuadas e idóneas para su salvaguarda, entre ellas, generar un marco normativo, políticas públicas, programas y servicios apropiados, crear instituciones y organismos especializados y cualquier otra medida necesaria para la protección de quienes se encuentran especialmente expuestos a la vulneración de sus derechos.¹⁵⁶

Para garantizar el derecho al desarrollo integral y bienestar de las niñas, niños y adolescentes residentes en centros de asistencia social, es indispensable el control y supervisión estatal permanente de los mismos.

Al respecto, la Comisión y Corte IDH sostienen que es necesario que los Estados asuman la vigilancia de las instituciones de cuidado alternativo debido a que:

- Operan con su autorización.
- Se encuentran obligados a velar por la integridad de los sujetos que atienden.

¹⁵⁴ Comité de la Niñez, Observación General No. 7 Realización de los derechos del Niño en la Primera Infancia, CRC/C/GC/7, noviembre de 2005, párrafo 20.

¹⁵⁵ Comité de los Derechos Humanos, Observación General No. 17, Derechos del Niño, 1989, (art. 24), párr. 6.

¹⁵⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe sobre el "Derecho del niño y la niña a la familia. Cuidado Alternativo. Poniendo fin a la institucionalización en las Américas." 2014, párrafo 47. Recuperado de: <http://cort.as/-SXbt>, consultado el 2 de septiembre de 2019.

- En consideración a los supuestos de responsabilidad internacional del Estado en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos respecto a la protección y respeto a los mismos.

Así, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos considera que:

99.1 “...el derecho a la protección, bienestar y desarrollo integral de los niñas, niños y adolescentes se constituye en un asunto de interés público y que como tal, implica el deber del Estado de desarrollar una adecuada regulación de estos centros [privados] de acogimiento e instituciones...La Comisión considera que por tratarse de niños [niñas y adolescentes] bajo la tutela de un centro de acogimiento o una institución por decisión de una autoridad estatal ...el Estado se encuentra en una posición reforzada de garante respecto a éstos, en consideración [...] al régimen de sujeción o vinculación especial en el cual el Estado ha situado al niño [a]”.¹⁵⁷

La Corte IDH estima que los Estados tienen el deber de regular y fiscalizar las instituciones de guarda, independientemente de su naturaleza pública o privada, ya que bajo la Convención Americana los supuestos de responsabilidad comprenden los actos de las entidades privadas que están actuando con capacidad estatal, así como actos de terceros, cuando el Estado falta a su deber de regularlos y fiscalizarlos.¹⁵⁸

Con ese criterio, la Corte IDH enfatiza el principio de corresponsabilidad en el cuidado y protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes y busca dotarlo de un efecto útil¹⁵⁹ que se incorpore a las legislaciones estatales, de forma que los particulares se vean conminados a conocer y salvaguardar su integridad y dignidad y lograr la protección más amplia posible.

¹⁵⁷ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe sobre el “Derecho del niño y la niña a la familia, Op. cit., párrs. 324-325.

¹⁵⁸ Corte IDH, Caso Ximénes López vs. Brasil, Sentencia de 4 de julio de 2006, párrs. 86-90.

<http://cort.as/-MTqk> (Consultado el 24 de septiembre de 2018).

¹⁵⁹ De acuerdo con la Corte IDH, el principio de efecto útil implica que los Estados deben garantizar el cumplimiento de las disposiciones convencionales y sus efectos en el plano de sus derechos internos.

Las disposiciones contenidas en esos instrumentos deben ser interpretadas y aplicadas de manera que la garantía protegida sea verdaderamente práctica y eficaz y no convierta las reglas de protección en simples declaraciones.

Cfr. al respecto Corte IDH, en el Caso Baena Ricardo y otros vs. Panamá, sentencia del 28 de noviembre de 2003 (Competencia), párr. 66.

Los Estados deben trabajar con el sector privado para proveer servicios de cuidado alternativo, pero conservando siempre el poder de decisión y sus responsabilidades de vigilancia y supervisión de la operación de los centros y albergues, así como la de elaborar un modelo o lineamientos que alienten y favorezcan la adopción de compromisos para garantizar los derechos consagrados en la Convención de la Niñez.¹⁶⁰

En los trabajos del Día de Debate General del 31º Periodo de Sesiones del Comité del mismo nombre, se plasmaron entre otras las siguientes recomendaciones:¹⁶¹

- A los Estados:
 - Tienen la obligación de respetar y garantizar los derechos estipulados en la Convención; por tanto, implica la obligación de asegurar que los proveedores de servicios del sector privado operen de conformidad con sus disposiciones.
 - Deben establecer estándares sobre los servicios e instalaciones que ofrecen las instituciones públicas y privadas, de conformidad con la Convención y establecer mecanismos de supervisión adecuados, para evaluar que su operación atienda a los principios de:
 - A los principios de:
 - ❖ Igualdad y no discriminación.
 - ❖ Interés superior de la niñez y adolescencia.
 - A los derechos a:
 - ❖ La vida.
 - ❖ La supervivencia y desarrollo.

¹⁶⁰ Comité de los Derechos del Niño, Report on the thirty-first session, CRC/C/121, 11th december de 2002, Day of General Discussion: The private sector as service provider and its role in implementing child rights, párrafos 644 y 653 parágrafo 25. [traducción propia], disponible en <http://cort.as/-MTr>

¹⁶¹ *Ibidem*, párrs. 8 a 18.

- ❖ El derecho a expresar sus opiniones y a que éstas sean tomadas en cuenta de acuerdo con su edad y grado de madurez.
- A los proveedores de servicios del sector privado:
 - El Comité les hace un llamado para respetar los principios y disposiciones de la Convención.
 - Se les alienta a que los servicios que prestan cumplan con los estándares internacionales.
 - Para que cuenten con mecanismos de autorregulación como, por ejemplo, un código de ética para todo el personal y un mecanismo de expertos independientes para vigilar su aplicación.

En México, hace algunas décadas, las normas nacionales que pretendían regular la prestación de los servicios de los CAS eran escasas y tenían un carácter preminentemente asistencial, pues se limitaban a ofrecer servicios de refugio y proveer servicios básicos a la población usuaria.

En el caso de las niñas, niños y adolescentes había pocas posibilidades de ser reintegrados a sus familias o formarse un proyecto de vida.¹⁶²

Los albergues y casas hogar privadas fungían también como un apoyo a la asistencia social; sin embargo, amparadas en su carácter de organizaciones integradas por particulares, las condiciones de su operación no eran objeto de supervisión.

¹⁶² Para un panorama de la historia de la asistencia social en México, ver Fuentes, Mario Luis, Asistencia Social en México, historia y perspectivas, México, Paidea, 1999; Ontiveros Junco, Humberto Javier, La asistencia social en México, una evolución histórica, México, Universidad Autónoma Metropolitana, biblioteca digital disponible en:

http://148.206.107.15/biblioteca_digital/capitulos/422-5742qdi.pdf

La Ley General de Salud, la Ley de Asistencia Social y los Códigos Civiles de las entidades federativas¹⁶³ constituían el marco normativo que regulaba su constitución y operación.

En el año 2000 se promulgó la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes,¹⁶⁴ la cual no incluyó regulación alguna sobre la situación de niñez y adolescencia albergada en CAS; aunado a que no se expidió su reglamento y que adoleció de una aplicación efectiva.¹⁶⁵

Con la expedición de la Ley General de la Niñez se registró un cambio sustancial, ya que las Procuradurías de Protección cuentan con atribuciones para la supervisión de los CAS públicos y privados, contribuyendo a un mejor control de su operación, y a proteger los derechos de quienes residen en ellos.

Un ejemplo relevante de la importancia de la vigilancia permanente del Estado de los Centros de Atención a niñas, niños y adolescentes privados de cuidados parentales son las “Directrices de la ONU sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños”, un documento que, a pesar de no tener fuerza vinculante en sentido estricto, debe considerarse como una fuente del derecho intensamente orientadora y la guía principal de la actividad estatal en esa materia.

Aprobadas por la Asamblea General de la ONU durante su 64^o periodo de sesiones en 2010, las Directrices establecen pautas de orientación política y práctica para asegurar la protección y al bienestar de niñas, niños y adolescentes privados de cuidado parental o en peligro de encontrarse en esa situación.¹⁶⁶

Sus objetivos son:

¹⁶³ Los Códigos Civiles contienen disposiciones que establecen los requisitos y funcionamiento para la constitución y funcionamiento de asociaciones o sociedades civiles que operan como casas hogar, albergues, refugios, internados, entre otros

¹⁶⁴ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de mayo de 2000.

¹⁶⁵ De la lectura de sus disposiciones se advierte que, si bien esta Ley reconoció ciertos derechos de la niñez y adolescencia, no contempló las competencias, atribuciones y obligaciones de las autoridades del Estado Mexicano para hacerlos exigibles.

¹⁶⁶ Párr. 3.

- Apoyar los esfuerzos de los Estados para lograr que permanezcan bajo la guarda de su propia familia.
- Se reintegren a ella.
- Se encuentre una solución de cuidado apropiada y permanente.
- Velar porque las autoridades adopten medidas de acogimiento alternativo que promuevan el desarrollo integral y armonioso de niñas, niños y adolescentes que se encuentran en instituciones del sector público y privado.¹⁶⁷

Se aplica a la modalidad de acogimiento formal de personas menores de 18 años, entendiéndose por tal, el que se realiza en un entorno familiar o residencial -incluidos los centros públicos y privados- que haya sido resultado o no de medidas ordenadas por las autoridades administrativas o jurisdiccionales, así como a las personas jóvenes que ya se encuentran en acogimiento y requieran que se les siga brindando cuidado y apoyo durante un periodo transitorio después de haber alcanzado la mayoría de edad.

También se invita a los Estados a aplicarlas, según sea el caso, en hospitales, internados, centros de acogida de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, campamentos, lugares de trabajo u otros en los que se tenga la responsabilidad de su cuidado.¹⁶⁸

En su primera parte, se desarrolla una serie de principios básicos que deben guiar la política pública del Estado en la materia, los cuales abarcan tanto la prevención de las causas que dan origen a la separación familiar, como los servicios de acogimiento de las instituciones públicas y privadas.

4.3.3. Sobre el derecho que tienen niñas, niños y adolescentes a vivir en familia

La Convención sobre los Derechos del Niño incluyó:

¹⁶⁷ Apartado I.

¹⁶⁸ Apartado III, párrafos 26 a 30. También se contemplan los casos en que las instituciones “captan” o acogen niñas, niños y adolescentes directamente por considerarlos en situación de vulnerabilidad, sin que exista una orden jurisdiccional o administrativa para su internamiento. En esos casos, se insta a los Estados a establecer la obligación de dar aviso inmediato a las autoridades competentes del ingreso de la persona menor de edad para salvaguardar su integridad. Lo que en nuestro país puede equipararse al “ingreso voluntario” a centros asistenciales o albergues motivado por encontrarse en situación de calle, recibir educación o tratamiento de adicciones, por mencionar algunas.

- El derecho de las personas infantes y adolescentes a vivir en un entorno de amor y comprensión; y,
- A no ser separados de su núcleo familiar salvo que se trate de una medida para salvaguardar su interés superior.

Las niñas, niños y adolescentes que carecen de familia o que han sido separados de ella¹⁶⁹ tienen derecho a recibir medidas de protección especial del Estado y a ofrecer formas de cuidado alternativo, entre ellas, la colocación en hogares de guarda, la adopción y, de ser necesario, la colocación en instituciones adecuadas de protección.¹⁷⁰

El Comité de la Niñez estima que la mejor protección y atención a las niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales consiste en desplegar todos los esfuerzos posibles para que las y los hermanos puedan permanecer juntos y al cuidado de familiares.

La familia ampliada, con el apoyo de la comunidad que la rodea, es la manera menos traumática y adecuada de atenderlos cuando no hay otras opciones posibles. Por ello, se requiere prever la asistencia que sea necesaria a fin de que, hasta donde sea posible, permanezcan en las estructuras familiares existentes.¹⁷¹

El Comité estableció que esas instituciones están obligadas a salvaguardar su integridad y a tomar decisiones con base en su interés superior como consideración primordial, deber el cual es extensivo a instituciones públicas y privadas.

Entre las medidas que los Estados deben implementar para garantizar la seguridad y el respeto a los derechos de las personas infantes y adolescentes durante su estancia en las instituciones de cuidado y de guarda, se encuentran las siguientes:

- Que cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal; y,

¹⁶⁹ En atención a su interés superior.

¹⁷⁰ Art. 20 de la Convención de la Niñez.

¹⁷¹ Comité de la Niñez, Observación General No. 3, El VIH/SIDA y los derechos del niño CRC/GC/2003/3, marzo de 2003, párrafo 34.

- Una supervisión adecuada para su operación.

Su internamiento en instituciones es una medida de último recurso que sólo debe utilizarse cuando no exista un ambiente familiar de estabilidad y bienestar, pues solo entonces se podrá recurrir a los Centros de Atención Integral a niñas, niños y adolescentes, opciones que, en la medida de lo posible deben reproducir un ambiente familiar y crear un sentimiento de permanencia.

En los casos en que carezcan de cuidador principal o circunstancial, el Estado está obligado a responsabilizarse, en su calidad de cuidador, de las niñas, niños y adolescentes, de las entidades que los tengan a su cargo.¹⁷²

Toda niña, niño y adolescente tiene derecho a que la familia, la sociedad y el Estado implementen las medidas de protección que su condición exija.¹⁷³

Ese principio de corresponsabilidad se encuentra también previsto en el Protocolo de San Salvador, que reconoce que toda persona infante o adolescente tiene derecho a las medidas de protección que su condición requiera, por parte de su familia, de la sociedad y del Estado; en este último caso, hasta el máximo de los recursos disponibles y teniendo en cuenta su grado de desarrollo.¹⁷⁴

No obstante lo señalado en párrafos precedentes, el Estado debe trabajar para asegurar la permanencia de niñas, niños y adolescentes en su familia de origen o, en caso de que sea necesaria su separación, procurar que se encuentren al cuidado de familiares cercanos.

Para evitar la separación familiar se debe:

- Apoyar a las familias de capacidad limitada;
- Otorgar prioridad a la infancia y adolescencia en situación de vulnerabilidad; y

¹⁷² Comité de los Derechos del Niño, Observación General No. 13, Derecho del Niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia, 2011, CRC/C/GC/13, párrafo 35.

¹⁷³ Art. 19 de la Convención Americana.

¹⁷⁴ Organización de Estados Americanos, Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1988, art. 16.

- Combatir la discriminación basada en cualquier condición de las personas infantes o adolescentes o sus familias.

Es responsabilidad del Estado proteger los derechos de las niñas, niños y adolescentes y velar por la supervisión, seguridad, bienestar y desarrollo de quienes se encuentren en los Centros de Acogimiento, así como la revisión periódica de la medida adoptada.

Las decisiones, iniciativas y soluciones comprendidas en el ámbito de las Directrices deben definirse casuísticamente, con base en el interés superior de la infancia y adolescencia, teniendo en cuenta el grado de madurez y desarrollo, así como el derecho a ser escuchados y a que su opinión sea tomada en cuenta.

Los Estados deben elaborar políticas integrales de protección y bienestar de las niñas, niños y adolescentes que recojan los principios de las Directrices.

El internamiento en centros de acogida debe considerarse como medida de último recurso y, en lo posible, ser temporal y por el menor tiempo posible, debiéndose limitar a los casos en que fuera específicamente apropiado, necesario y constructivo para niñas, niños y adolescentes.

Es de vital importancia:

- Mantener a las niñas, niños y adolescentes lo más cerca de su domicilio habitual, para minimizar los efectos en su vida educativa, cultural y social; y,
- Tratarlos con dignidad y respeto, así como protegerlos contra toda forma de abuso, descuido y explotación por parte de las personas cuidadoras, compañeros y terceras personas.
- Que la separación de sus familias sea temporal y por el menor tiempo posible.
- Asegurar que los hermanos y hermanas no sean separados o, en casos dónde no sea posible que puedan mantener contacto.
- Salvaguardar íntegramente los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en los Centros de Acogimiento.
- Que tengan la protección legal de la entidad pública competente.

- Adoptar una política global de “desinstitucionalización” que permita su progresiva incorporación en la sociedad.

Para ello:

- Deben establecerse pequeños grupos para su debida atención;
- La atención debe llevarse a cabo con calidad, atención individualizada y en condiciones propicias para su desarrollo;
- Es necesario elaborar e implementar las directrices, protocolos y cualquier otro instrumento que se considere necesario para darle efectividad material a los derechos que tienen las niñas, niños y adolescentes, desde el enfoque de su interés superior;
- Estos estándares deben considerarse piso y no techo.

El enfoque de atención debe ser integral y con perspectiva de derechos, que contemple, al menos, los siguientes aspectos:

- Prevención del acogimiento alternativo. El Estado debe apoyar a las familias para facilitar el cumplimiento de los deberes de crianza.

Las políticas públicas que se implementen con ese objetivo deben ser coherentes y mutuamente complementarias, debiéndose dirigir a dotar a las familias de las herramientas que les permitan proveer debidamente la protección, cuidado y desarrollo de las niñas, niños y adolescentes.¹⁷⁵

Asimismo, se propone la aplicación de medidas eficaces para evitar su abandono y la separación familiar.¹⁷⁶

¹⁷⁵ Apartado IV. A. párr. 32.

¹⁷⁶ Entre ellas:

- Ofrecer servicios de apoyo social, como:
 - Guarderías.
 - Escuelas de jornada completa.
 - Mediación familiar.

- Promoción de la reintegración familiar. Las autoridades deben intervenir para elaborar, apoyar y vigilar los contactos regulares entre quienes residen en los Centros y sus familiares con miras a la reintegración, siendo imperativo contar con un equipo multidisciplinario de especialistas para evaluar la conveniencia del retorno de las niñas, niños y adolescentes a su núcleo familiar.

La reintegración debe ser un proceso gradual acompañado de medidas de seguimiento que tengan en cuenta las características particulares de la persona infante o adolescente y las causas que motivaron la separación.¹⁷⁷

- Bases para la prestación del servicio de acogimiento y determinación de la medida más adecuada.

Esta obligación estatal incluye:

- La creación de opciones de acogimiento de emergencia a corto, mediano y largo plazo;
- Velar porque las personas físicas o jurídicas que prestan el servicio de acogida estén debidamente habilitadas y supervisadas por las autoridades competentes
- Garantizar la seguridad jurídica:
 - En toda decisión judicial o administrativa sobre la aplicación de medidas alternativas de cuidado;
 - Escuchar en todo momento a las niñas, niños y adolescentes implicados;

-
- Tratamiento de toxicomanía.
 - Servicios para personas con alguna situación de discapacidad.
 - Educación parental.
 - Facultar a las personas adolescentes para hacer frente de una forma positiva a los desafíos de la vida, en especial a abandonar el hogar.
- Adoptar decisiones responsables sobre su salud sexual y reproductiva.

Apartado IV. A. párrs. 32 a 47.

¹⁷⁷ Apartado IV. A., párr. 32.

- Tener en cuenta su edad, madurez y características particulares;
 - Elaborar un plan de acogimiento;¹⁷⁸
 - Los familiares de quienes residen en los CAS deben tener la posibilidad de oponerse a la determinación de la medida alternativa de cuidado a través de un proceso jurisdiccional para que se efectúe una revisión periódica, con la finalidad de evaluar su subsistencia, al menos cada tres meses, y determinar si existen causas para extenderla o pueda terminar por reintegración familiar, adopción o alguna otra causa.¹⁷⁹
- Provisión del acogimiento alternativo:
 - El Estado debe elaborar políticas coordinadas en relación con el acogimiento, basadas en información fidedigna y datos estadísticos, así como adoptar procedimientos que favorezcan el intercambio de información entre las autoridades, organizaciones de la sociedad civil y otras personas, a fin de velar por la eficacia, cuidado, apoyo, reinserción y protección de las niñas, niños y adolescentes.
 - Es necesario asegurar la calidad del cuidado alternativo, sobre todo con respecto a las aptitudes profesionales, selección, formación y supervisión de las personas cuidadoras y trabajadoras en los centros.
 - Todos los proveedores de servicios de cuidado deben ser declarados idóneos o habilitados, siendo necesario diseñar un procedimiento legal “estándar” sobre la remisión o admisión de niñas, niños y adolescentes en un entorno de acogimiento.¹⁸⁰
 - El traslado de las personas infantes o adolescentes a los centros debe efectuarse con la máxima sensibilidad y de una forma adaptada a ellas, por parte de personal con formación especial para tal efecto.
 - Durante el tiempo que permanezcan en las instituciones, los responsables deben fomentar y facilitar el contacto con sus familiares y otras personas emocionalmente

¹⁷⁸ Apartado V y VI, párrs. 52 a 67.

¹⁷⁹ Apartado VI, párrs. 65 a 67.

¹⁸⁰ Apartados V y VI, párrafos 52 a 67.

cercanas, como podrían ser amigos(as), vecinos(as), etc., siempre y cuando no se atente contra su interés superior.

Debe asegurarse que:¹⁸¹

- Reciban una alimentación adecuada y nutritiva;
- Tengan acceso a servicios de salud;
- Tengan acceso a la enseñanza escolar y extraescolar;
- Se cubran sus requerimientos específicos;
- Se satisfaga su derecho a la vida espiritual o religiosa, respetando la libertad de culto, sin persuadirles a que cambie sus creencias;
- Existan instalaciones sanitarias, de higiene y para guardar objetos personales, que sean adecuadas;
- Se cumplan los requisitos de seguridad;
- Exista protección efectiva contra los abusos al interior de los Centros;
- Se ofrezca protección contra el tráfico, venta o explotación de personas.

Respecto al modelo de orientación y disciplina utilizado por el personal responsable y personas cuidadoras de los Centros, es necesario:

- Alentar la capacidad de las niñas, niños y adolescentes a tomar decisiones;
- Evitar su estigmatización;
- Prohibir las medidas disciplinarias que constituyan tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes, aislamiento, incomunicación o cualquier otra forma de violencia física y psicológica.

¹⁸¹ Apartado VII, numeral 2, párrafos 79 a 92.

- Nunca debe imponerse como sanción disciplinaria la restricción del contacto de las niñas, niños y adolescentes con su familia.
- No deben administrarse medicamentos sin base terapéutica y prescripción de un profesional especialista.

Las niñas, niños y adolescentes deben tener acceso a un mecanismo conocido, eficaz e imparcial para notificar sus quejas o inquietudes respecto al trato que se les brinda y las condiciones de operación de los Centros.¹⁸²

También se deben contemplar medidas específicas como:

- Contar con personal suficiente;
- Elaborar un Código de Ética;
- Brindarles capacitación en materia de derechos humanos para hacer frente a comportamientos problemáticos y en materia de personas con necesidades especiales.
- Que los Centros sean pequeños, en un entorno semejante al de una familia y prohibir la captación de niñas, niños y adolescentes sin mandamiento de autoridad competente.¹⁸³
- Supervisar los centros periódicamente o en visitas no anunciadas, así como realizar investigaciones sobre cualquier presunta violación a los derechos de quienes los habitan.
- Aplicar políticas y procedimientos para velar por la reintegración familiar o seguimiento al terminar el periodo de acogimiento, teniendo en cuenta sus características particulares.¹⁸⁴

A nivel nacional, el artículo 4º constitucional establece que el cumplimiento de los derechos de niñas, niños y adolescentes es condición para su desarrollo integral.

¹⁸² 3 Ibídem, apartado VII. numeral 2., párr. 98.

¹⁸³ Apartado VII, numeral 1 párrs. 104-126.

¹⁸⁴ 5 Apartado VII “E”, párrs. 130 a 135.

En ese mismo sentido se ha pronunciado la SCJN al sostener que todas las autoridades deben asegurar y garantizar que en todos los asuntos, decisiones y políticas públicas en las que se les involucre tengan el disfrute y goce de todos sus derechos humanos, especialmente de aquellos que permiten su óptimo desarrollo, esto es, los que aseguran la satisfacción de sus necesidades básicas como alimentación, vivienda, salud física y emocional.¹⁸⁵

La Ley General de la Niñez¹⁸⁶ reconoce el derecho de las niñas, niños y adolescentes a vivir en condiciones que permitan su desarrollo, bienestar, crecimiento saludable y armonioso, tanto físico como mental, material, espiritual, ético, cultural y social.¹⁸⁷

Esa norma incorpora un capítulo específico que regula los procedimientos para su autorización, registro, certificación y supervisión, con el objetivo primordial de garantizar la protección y ejercicio pleno de los derechos de las personas infantes y adolescente que en ellos se encuentran.

Un avance significativo que construye los fundamentos para transitar del enfoque meramente asistencial hacia un trabajo integral con perspectiva de derechos, que prioriza la consecución del desarrollo holístico¹⁸⁸ de las niñas, niños y adolescentes.

La Ley General de la Niñez aborda los aspectos sustantivos que deben observar aquellos establecimientos públicos o privados cuyo objeto es el resguardo de niñas, niños y adolescentes privados de cuidado parental o familiar¹⁸⁹ y su Reglamento desarrolla los aspectos técnicos y operativos a los que todo CAS debe ceñirse.¹⁹⁰

¹⁸⁵ SCJN, tesis de rubro “INTERÉS SUPERIOR DE LOS MENORES DE EDAD. NECESIDAD DE UN ESCRUTINIO ESTRICTO CUANDO SE AFECTEN SUS INTERESES.”, tesis: P./J. 7/2016 (10a.) Gaceta del Semanario Judicial de la Federación Décima Época, registro No. 2012592, Pleno Libro 34, septiembre de 2016, Tomo I, Pag. 10, Jurisprudencia(Constitucional).

¹⁸⁶ En sus artículos 43 y 44.

¹⁸⁷ El Comité de los Derechos del Niño concibe el término “desarrollo” como concepto holístico, es decir, integral, pues abarca el desarrollo físico, mental, espiritual, moral, psicológico y social de las niñas, niños y adolescentes. Comité de los Derechos del Niño, Observación General No. 5, Op. cit., párrafo 12 (artículo 6).

¹⁸⁸

¹⁸⁹ Arts. 107 a 113.

¹⁹⁰ Arts. 41 y del 55 al 60.

La Procuraduría está obligada por la Ley General de la Niñez a coordinar la existencia y operación de los CAS.

No obstante, debido al principio de transversalidad de los derechos de la infancia y adolescencia, éstos pueden contar con la colaboración de otras instituciones, dependencias u organismos de la sociedad civil para coadyuvar a garantizar la protección más amplia sus ocupantes.

A continuación, se presenta un resumen con las obligaciones específicas que prevé la Ley General de la Niñez en materia de CAS:

- Contar con medidas de seguridad, protección y vigilancia para garantizar la comodidad, higiene, espacio idóneo de acuerdo con la edad, sexo o condición física o mental de las niñas, niños y adolescentes para permitir un entorno afectivo y libre de violencia;
- Procurar un entorno para que las niñas, niños y adolescentes con discapacidad vivan incluidos en su comunidad y atender al principio de no discriminación en su ingreso y permanencia;
- Garantizar su integridad física y psicológica.
- Brindarles atención integral y multidisciplinaria, como servicio médico integral, atención de primeros auxilios, seguimiento psicológico, social y jurídico, entre otros.
- Proporcionarles orientación y educación apropiada a su edad, encaminada a lograr su desarrollo integral y el ejercicio de sus derechos.
- Disfrutar, en su vida cotidiana, del descanso, recreación, juego y esparcimiento.
- Suministrarles servicios de calidad y calidez por parte de personal capacitado, calificado, apto y suficiente, con formación en los derechos de la infancia y adolescencia.
- Evitar que el personal que realice funciones diversas al cuidado de las niñas, niños y adolescentes tenga contacto con ellas(os).

- Contar con espacios de participación para expresar libremente sus ideas y opiniones y que éstas sean tomadas en cuenta.
- Brindarles la posibilidad de realizar actividades externas que les permita el contacto con su comunidad.
- Fomentar la inclusión de niñas, niños y adolescentes con discapacidad.
- Se debe contar, al menos, con personal:
 - Responsable de la coordinación o dirección.
 - Especializado en proporcionar atención en:
 - Actividades de estimulación, formación, promoción y autocuidado de la salud;
 - Atención médica y actividades de orientación social y promoción de la cultura de protección civil.
 - Una persona de atención por cada cuatro niñas o niños menores de un año; y,
 - Una persona de atención por cada ocho mayores de esa edad.
- Se podrá solicitar la colaboración de instituciones, organizaciones o dependencias que brinden apoyo en psicología, trabajo social, derecho, pedagogía y otros, para el cuidado integral de las niñas, niños y adolescentes.
- Brindar capacitación y formación especializada a su personal, en forma permanente.
- Supervisar y evaluar periódicamente al personal.
- Informar oportunamente a la Procuraduría sobre los egresos de las niñas, niños y adolescentes para su conocimiento y efectos legales a que haya lugar.
- Realizar la supervisión, sin perjuicio de las atribuciones que, en esa materia, tengan otras autoridades.
- Ejercerse las acciones legales que correspondan por el incumplimiento de los requisitos que establece la Ley General de la Niñez.

- Los CAS deberán otorgar facilidades a la Procuraduría para que realice su verificación periódica y, en su caso, atender sus recomendaciones.

4.4. Tercer bloque

4.4.1. Sobre las personas en situación de discapacidad

- La Convención Americana, en su artículo 26, establece que:
 - Toda persona tiene derecho a que se le garanticen el libre y pleno ejercicio de sus derechos sin discriminación alguna y en caso de que el ejercicio de estos no esté asegurado, las autoridades deben adoptar las disposiciones necesarias para hacerlos efectivos; y,
 - Las autoridades tienen el compromiso de adoptar las providencias que se requieran para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que derivan de normas económicas y sociales, entre otras.¹⁹¹

Aunque esta Comisión considera que ese compromiso no debe limitarse a esas normas sino a todas las normas que conforman el Sistema Jurídico Mexicano.

- La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad considera que:
 - Una persona se encuentra en situación de discapacidad cuando, por razón congénita o adquirida, presenta una o más deficiencias(sic) de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, de carácter permanente o temporal, que, al interactuar con las barreras impuestas en el entorno social, puede impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones, con las demás personas.¹⁹²
 - La accesibilidad implica la adopción de medidas pertinentes para asegurar que las personas con alguna situación de discapacidad accedan, en igualdad de

¹⁹¹ Reforzando el deber de adopción de disposiciones de derecho interno para garantizar la efectividad del ejercicio y goce de los derechos reconocidos a toda persona y como lo prevé el artículo 26.

¹⁹² De acuerdo con lo establecido en el artículo 1 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

condiciones que las demás, al entorno físico, así como a servicios e instalaciones públicas, entre otros.

Entre dichas medidas se contemplan:

- La identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso.
- Asegurarse que las entidades privadas que proporcionen instalaciones y servicios al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de accesibilidad para personas con discapacidad.¹⁹³

La fracción I del artículo 4 de la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación en el Estado de Nuevo León define la accesibilidad como la combinación de elementos constructivos y operativos que permiten a cualquier persona en situación de discapacidad entrar, desplazarse, salir, orientarse y comunicarse con un uso seguro, autónomo y cómodo en los espacios construidos, el mobiliario, servicios, información y comunicaciones.

Para esta Comisión el concepto de accesibilidad no debe circunscribirse a los aspectos mencionados, sino que tal concepto debe entenderse en un sentido amplio, incluidos aquellos que no necesariamente tienen que ver con aspectos materiales, como por ejemplo, el debido acceso a los servicios de salud, el trato digno que otras personas les deben brindar,¹⁹⁴ así como la tranquilidad de estar en un entorno seguro, para lo cual se debe tener en cuenta un enfoque diferenciado basado en las particularidades y especificidades de cada individuo.

Naturalmente, el concepto de accesibilidad, en este sentido más amplificado, va de la mano con otro concepto que es el de inclusión.¹⁹⁵

¹⁹³ Art. 9.

¹⁹⁴ Sean personas del servicio público o personas particulares.

¹⁹⁵ En términos de la Ley General para la Inclusión de las personas con discapacidad.

- El Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad ha dejado claro que la accesibilidad debe asegurar a todas las personas en situación de discapacidad, con independencia del tipo de que se trate.¹⁹⁶
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁹⁷ dispone que:
 - Los Estados tienen el compromiso de adoptar medidas para lograr, progresivamente, a través de los medios apropiados, la plena efectividad de los derechos reconocidos a todas las personas.
 - Debe garantizarse el ejercicio de dichos derechos sin discriminación alguna.
- El Protocolo de San Salvador¹⁹⁸ señala que toda persona con discapacidad tiene derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad.
- La Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad define¹⁹⁹ la discriminación contra las personas con alguna situación de discapacidad como toda distinción, exclusión o restricción basada en una situación de discapacidad, que tenga como objeto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos.
- La Corte IDH ha establecido que:
 - Las autoridades, a fin de dismantelar las limitaciones a las que se puedan enfrentar las personas en situación de discapacidad, deben adoptar medidas de diferenciación positiva.²⁰⁰
 - La situación de discapacidad de una persona no se define exclusivamente por la presencia de una deficiencia física, mental, intelectual o sensorial, sino también por

¹⁹⁶ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad. CRPD/C/GC/2. Observación General Número 2. Artículo 9: Accesibilidad. 2014. Párrafos 13 y 29.

¹⁹⁷ En sus artículos 2.1 y 2.2.

¹⁹⁸ En su artículo 18.

¹⁹⁹ En su artículo 1.2.

²⁰⁰ 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.

las barreras y limitaciones que socialmente existen para que las personas puedan ejercer sus derechos de manera efectiva (discapacidad desde el modelo social).²⁰¹

Las autoridades, respecto a las personas que se encuentren en una situación vulnerable, tienen el deber de protección especial que implica, de manera imperativa, la adopción de medidas positivas en función de las necesidades de protección de la persona específica.

Por tal motivo, los Estados deben promover prácticas de inclusión social y medidas de diferenciación positiva para remover cualquier barrera con la que se pueda enfrentar una persona en situación de discapacidad, debiendo impulsar la inclusión de las personas a través de la igualdad de condiciones, oportunidades y participación en la sociedad, a fin de garantizar que las limitaciones de facto o contenidas en la norma sean desmanteladas.²⁰²

- La Constitución Federal prohíbe toda forma de discriminación que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades reconocidos a todas las personas.²⁰³
- Los órganos jurisdiccionales federales han sostenido que:
 - La denegación de ajustes razonables y la falta de accesibilidad en el entorno físico constituyen una conducta discriminatoria.²⁰⁴
 - La Primera Sala de la SCJN se ha pronunciado con relación con el derecho humano a la accesibilidad desde la perspectiva de la discapacidad, en el sentido de que los

²⁰¹ Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros (Fertilización in vitro) vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012, Serie C No. 257, párr. 291.

²⁰² 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. 208.

²⁰³ Artículo 1º.

²⁰⁴ Tesis I.7o.A.154A (10a.) de rubro "PERSONAS CON DISCAPACIDAD. LA DENEGACIÓN DE AJUSTES RAZONABLES, LA FALTA DE ACCESIBILIDAD EN EL ENTORNO FÍSICO Y LA RESTRICCIÓN EN EL ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA QUE SOLICITEN, CONSTITUYEN UNA CONDUCTA DISCRIMINATORIA QUE GENERA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERALES QUE LA COMETIERON.", Séptimo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 47, octubre de 2017, Tomo IV, p. 2513, registro digital 2015443.

Estados deben identificar los obstáculos y las barreras de acceso y, en consecuencia, eliminarlos.²⁰⁵

- La Ley para la Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad define a la discapacidad intelectual como las dificultades en los procesos mentales y para el desarrollo de habilidades, destrezas, hábitos y actitudes adaptativas esperadas para determinada edad en un determinado entorno.

De acuerdo con la citada Ley, la accesibilidad son las medidas para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás personas, entre otros, al entorno físico, transporte, servicios e instalaciones abiertas al público.²⁰⁶

La vigilancia, seguimiento y aplicación de las disposiciones que contempla la referida Ley corresponde a los tres poderes del Estado, los municipios y la sociedad y cuando las disposiciones impliquen materias y acciones que incidan en diversos ámbitos de competencia, estas deben aplicarse y ejecutarse mediante convenios generales y específicos.²⁰⁷

4.4.2. Sobre el derecho a la salud

El derecho a la salud se encuentra previsto, entre otros instrumentos, en:

- El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (artículo 12); y,
- El Protocolo de San Salvador (artículo 10).

Los cuales disponen que las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, para lo cual el Estado debe adoptar, como medida de

²⁰⁵ Tesis 1a. CLV/2015 (10a.), de rubro "PERSONAS CON DISCAPACIDAD. NÚCLEO ESENCIAL DE SU DERECHO HUMANO A LA ACCESIBILIDAD, CONSAGRADO EN LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.", Primera Sala, SCJN, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 18, mayo de 2015, Tomo I, p. 453, registro digital 2009092.

²⁰⁶ Ley para la Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad del Estado de Nuevo León, artículo 2, fracciones I y XIII.

²⁰⁷ Artículos 3 y 61 de la Ley para la Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad del Estado de Nuevo León.

atención primaria, la salud y la asistencia sanitaria esencial, puestas al alcance de todas las personas.²⁰⁸

La Convención Americana²⁰⁹ alude al deber de asegurar la plena aplicación del derecho al nivel más alto posible de salud y a adoptar las medidas para asegurar la asistencia médica y atención sanitaria que sean necesarias para las niñas, niños y adolescentes.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado que éste deber comprender elementos esenciales e interrelacionados como disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.²¹⁰

Además de establecimientos, bienes y servicios de salud aceptables y apropiados, se debe contar con la disposición de personal médico capacitado para brindar un servicio de buena calidad.

El Comité de los Derechos del Niño²¹¹ ha exhortado a los Estados:

- A que sitúen el interés superior de las personas infantiles y adolescentes en el centro de todas las decisiones que afecten a su salud y su desarrollo;
- Este principio debe respetarse en toda decisión respecto de su salud, ya sea considerada de manera individual o colectiva; y
- Se debe orientar, cuando sea viable, las opciones de tratamiento, anteponiéndose a las consideraciones económicas.²¹²

Sobre el interés superior de la niñez, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, exige a los Estados la adopción de medidas especiales destinadas a proteger la

²⁰⁸ Artículos 10.1 y 10.2, inciso a.

²⁰⁹ En su artículo 24, párrafo 2, inciso b.

²¹⁰ Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 12

²¹¹ En su Observación General 15.

²¹² Párrafos 12 y 13 de la Observación general N° 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24) emitida por el Comité de los Derechos del Niño en fecha 17 de abril de 2013.

vida de las niñas, niños y adolescentes, además de las medidas generales para proteger la vida de todas las personas.²¹³

Al adoptar medidas especiales de protección, los Estados deben guiarse por el interés superior de las personas infantes y adolescentes, así como por la necesidad de garantizar su supervivencia, desarrollo y bienestar.²¹⁴

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y, por tal motivo, todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.²¹⁵

El cuarto párrafo del artículo 4 de la Constitución Federal reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

En este sentido, la SCJN ha establecido que, entre los elementos, comprende:

- El disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles;
- Se entiende por calidad, la exigencia de que los servicios sean apropiados médica y científicamente, esto es:
 - Que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado; y que,
 - Las condiciones sanitarias sean adecuadas.
- Para garantizar el derecho de acceso a la salud es necesario que se proporcionen con calidad los servicios de salud, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de estos.

²¹³ En su Observación General 36, con relación al artículo 24, párrafo 1, del Pacto.

²¹⁴ Párr. 60 de la Observación General 36, sobre el derecho a la vida, párr. 1, emitida por el Comité DH.

²¹⁵ Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 11 de agosto de 2000, párrafo 1.

- El Estado debe emprender las acciones necesarias para garantizar la calidad en los servicios de salud como medio para proteger el derecho a la salud.²¹⁶

La Declaración Universal de Derechos Humanos establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y, en especial, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.²¹⁷

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²¹⁸ establece que los Estados reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, por lo que deben adoptar medidas que aseguren la plena efectividad como aquellas relacionadas con la creación de condiciones que aseguren a todas las personas la asistencia médica y los servicios médicos en caso de enfermedad.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.²¹⁹

El Protocolo Adicional a la Convención Americana también reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, definiéndolo como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.²²⁰

La Ley General de Salud dispone que:

- El derecho a la protección de la salud tiene, entre sus finalidades, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.²²¹

²¹⁶ Jurisprudencia 1a./J.50/2009, de rubro “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD.” emitida por la Primera Sala de la SCJN, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Tomo XXIX, p. 164, Novena Época, registro 167530.

²¹⁷ Párrafo primero del artículo 25.

²¹⁸ En su artículo 12.

²¹⁹ Art. XI.

²²⁰ Art. 10°, párrafo 1.

²²¹ Art. 2, fracción V.

- Entre los servicios considerados como básicos, para la protección del derecho a la salud, se encuentran la atención médica integral, que comprende la atención médica de carácter preventivo, es decir, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.²²²

La atención médica de carácter preventivo consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos, psíquicos y sociales de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta.

Dicho ordenamiento establece los tipos de actividades de atención médica, entre las que se encuentran, las curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno.²²³

Asimismo, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica establece que:

- La atención médica como el conjunto de servicios que se proporcionan a la persona con el fin de proteger, promover y restaurar su salud;²²⁴
- Toda atención médica debe darse de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.²²⁵

Del citado Reglamento²²⁶ se desprende que las personas usuarias tendrán derecho a:

²²² Art. 27, fracción III.

²²³ Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno;

III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad, y

IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

²²⁴ Art. 7.

²²⁵ Art. 9.

²²⁶ Art. 48.

- Obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea;
- Recibir atención profesional y éticamente responsable;
- Recibir un trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

La NOM-027-SSA3-2013²²⁷ establece que uno de los objetivos principales consiste en garantizar la prestación de servicios de atención médica a la población, situación que adquiere mayor relevancia cuando el requerimiento de atención se debe a una urgencia médica, ya que, en estas circunstancias, la persona se encuentra en estado de gravedad que precisa de atención inmediata para poder limitar la progresión de la enfermedad o daño físico que pone en riesgo su vida, un órgano o función.

Para que la atención médica de urgencias se proporcione con calidad y seguridad es indispensable que:

- Los establecimientos cuenten con los recursos humanos y materiales suficientes e idóneos;
- Dispongan de criterios claros y homogéneos que les permitan atenuar, detener e incluso revertir la gravedad que presenta la o el paciente en una condición de urgencia médica o quirúrgica.

En esta NOM se describen, entre otras cosas, las características y requerimientos de:

- La infraestructura física;
- El equipamiento mínimo;
- Los criterios de atención, organización y funcionamiento del servicio de urgencias en un establecimiento para la atención médica;
- El personal del área de la salud que interviene en la prestación de los servicios.

²²⁷ NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. Secretaría de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de septiembre de 2013.

Lo que conjuntamente, con el cumplimiento de otras disposiciones jurídicas aplicables, permiten brindar a las y los pacientes la atención médica inmediata, segura y con calidad que se requiere para enfrentar el estado de urgencia.

Respecto de esta Norma, se estima necesario referir los numerales 5.2 y 5.6 que a continuación se reproducen ad literam:

“5.2 En el establecimiento para la atención médica que cuente con un servicio de urgencias, el médico responsable de dicho servicio, deberá establecer los procedimientos médico-administrativos internos, así como prever y disponer lo necesario para que el mismo pueda proporcionar atención médica durante las 24 horas del día, los 365 días del año.”

“5.6 Los pacientes no deberán permanecer más de 12 horas en el servicio de urgencias por causas atribuibles a la atención médica. Durante ese lapso, se deberá establecer un diagnóstico presuntivo, su manejo y pronóstico inicial, con la finalidad de que el médico determine las posibles acciones terapéuticas que se deberán llevar a cabo dentro y fuera de dicho servicio, para la estabilización y manejo del paciente.”

El Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito señaló que:

- Un error médico inexcusable se actualiza cuando el médico, estando en posesión de conocimientos y habilidades, no ha sido diligente o ha actuado con impericia e imprudencia frente a una situación clínica para la cual no está capacitado;
- Por esto, el término malpraxis²²⁸ se ha acuñado para señalar conductas impropias del profesional frente a un paciente y que no sigue las normas o pautas que señala la *Lex Artis Médica*.²²⁹

Por *Lex Artis Médica*²³⁰ se entienden los principios científicos de la práctica médica, es decir, el conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura

²²⁸ Mala práctica.

²²⁹ Tesis I.4º.A.64 A 10ª, de rubro “RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE ERROR Y MALA PRÁCTICA PARA EFECTOS DE SU ACREDITACIÓN.”, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro XXV, octubre de 2013, Tomo 3, p. 1890, Décima Época, registro 2004785.

²³⁰ De acuerdo con el Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

universalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo.²³¹

El Séptimo Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito sostuvo, en cuanto a la responsabilidad del médico de efectuar un diagnóstico oportuno, que existen tres tipos de error de diagnóstico, entre los cuáles se encuentra el científico, cuando el médico, frente a un cuadro clínico complejo y confuso que supone síntomas asimilables a más de una patología, emite un diagnóstico incorrecto.²³²

Abordando también la definición de mala práctica médica, con relación a un diagnóstico erróneo, la Primera Sala de la SCJN estableció que el hecho de realizar un diagnóstico sin la debida diligencia constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes, que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina.²³³

Considerando lo anterior, para acreditar que se ha llevado una debida diligencia, debe demostrarse que se ha actuado conforme a los principios científicos de la práctica médica; por lo tanto, la falla en el diagnóstico o la falta de un diagnóstico adecuado configura el supuesto de la mala práctica médica y deriva en afectaciones al derecho a la salud.

- La SCJN ha establecido que el disfrute del derecho de acceso a la salud comprende como elementos:
 - Acceder a servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles;
 - Entendiendo por calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente;

²³¹ Artículo 2º, fracción XIV, del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional De Arbitraje Médico.

²³² Tesis I.7o.C.73 C, de rubro "PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS. RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL EN RELACIÓN A LA OBLIGACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE.", Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXIII, junio de 2006, p. 1200, Novena Época, registro 174860.

²³³ Tesis 1ª XXVII/2013 (10ª), de rubro "MALA PRÁCTICA MÉDICA. DIAGNÓSTICO ERRÓNEO COMO ELEMENTO PARA DETERMINAR SU EXISTENCIA.", Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro XVI, enero de 2013, Tomo 1, p. 638, Décima Época. registro digital 2002570.

- Esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado; y,
- Condiciones sanitarias adecuadas.²³⁴
- La Constitución Local dispone que el estado de Nuevo León reconoce, protege y tutela el derecho a la vida que todo ser humano tiene, así como el derecho a la salud.²³⁵
- En nuestra Entidad Federativa, se han expedido:
 - La Ley de Servicios de Salud de Nuevo León:²³⁶ la cual indica que corresponde a Servicios de Salud prestar los servicios a la población abierta y tiene las atribuciones de organizar y operar a través de los Centros de Salud adscritos a las jurisdicciones sanitarias.²³⁷
 - La Ley de “NNA” de NL,²³⁸ que tiene por objeto:
 - Reconocer a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos.
 - Garantizar el pleno ejercicio, respeto, protección y promoción de sus derechos humanos, conforme a lo establecidos en la Constitución Federal y los Tratados Internacionales en materia de derechos humanos o que contengan algún o algunos derechos humanos.²³⁹

²³⁴ Jurisprudencia 1a./J.50/2009, de rubro “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD.”, Primera Sala de la SCJN, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Tomo XXIX, p. 164, Novena Época, registro 167530.

²³⁵ Artículos 1, segundo párrafo, y 35.

²³⁶ Publicada en el POE el 7 de enero de 2005, la cual crea el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Nuevo León.

²³⁷ Según se advierte de la fracción III del artículo 2, que a continuación se transcribe:

“Artículo 2o.- El Organismo tendrá por objeto prestar en el estado los servicios de salud a población abierta, de conformidad con lo dispuesto por las Leyes General y Estatal de Salud y por el Acuerdo de Coordinación de Descentralización Integral de los Servicios de Salud, para lo cual tendrá las siguientes atribuciones: [...] I

II.- Organizar y operar en el estado los servicios de salud a población abierta, a través de los Hospitales y Centros de Salud adscritos a las Jurisdicciones Sanitarias, conforme a las directrices que determine la dependencia estatal competente.”

²³⁸ Publicada en el POE el 20 de marzo de 2015.

²³⁹ Art. 1.

- Enunciar, en específico, los derechos de niñas, niños y adolescentes a que se preserve su vida y a disfrutar del más alto nivel posible de salud.²⁴⁰
- La Ley General de Salud plantea la responsabilidad compartida de los padres, el Estado y la sociedad en general, para proteger la salud física y mental de las personas infantes y adolescentes.²⁴¹

Dicha legislación cuenta con un Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica que define una urgencia como todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función que requiera atención inmediata.²⁴²

Igualmente, el mencionado Reglamento dispone, en su artículo 74, que cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema, se deberá transferir al usuario a otra institución del sector que asegure su tratamiento.

Al respecto, la NOM-004-SSA3-2012 establece que:

- La referencia o contrarreferencia es un procedimiento médico administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.²⁴³
- La Nota de referencia debe ser elaborada por un médico del establecimiento y a esta se deberá anexar copia del resumen clínico del paciente; además, deberán constar los nombres de los establecimientos que envían y que reciben, un resumen clínico con el motivo de envío, la impresión diagnóstica y la terapéutica empleada, si la hubo.²⁴⁴
- Con el fin de brindar a los pacientes una atención médica integral, expedita, escalonada y continua, con calidad y seguridad, entre las diferentes Unidades de

²⁴⁰ Arts. 2, primer y sexto párrafo, y 60.

²⁴¹ Art. 63.

²⁴² Art. 72.

²⁴³ Numeral 4.9.

²⁴⁴ Numeral 6.4.

Salud y Niveles de Atención, se cuenta con el Manual de Procedimientos de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes, al cual debe apegarse el personal de todas las Unidades de Salud de Nuevo León.

- El Manual establece la existencia de un Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León, el cual es el responsable de coordinar las actividades para la atención médica prehospitalaria y el traslado en ambulancia de pacientes en situación de urgencia médica, de una Unidad de Salud a otra de mayor capacidad resolutive.
- El personal de salud debe:
 - Apegarse a los procesos que señala el Manual.
 - Realizar la valoración del paciente.
 - Identificar la necesidad de referirlo.
 - Registrar toda la información en los formatos oficiales.
 - Elaborar, entregar y explicar la nota de referencia al paciente y/o responsable.
 - Identificar la necesidad del traslado y gestionarlo.
 - Registrar en el expediente clínico,²⁴⁵ en su caso, la negativa del paciente de acudir a la referencia.²⁴⁶
 - El Manual describe el proceso para la gestión de ambulancia, el cual inicia cuando se identifica al paciente en situación de urgencia, posteriormente se activa el sistema de respuesta a emergencias marcando al 9-1-1 y cuando

²⁴⁵ La NOM-004, Del expediente clínico, en su párrafo 4.4., define el expediente clínico como el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, así como que consta de documentos en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente.

²⁴⁶ Manual de Procedimientos de Referencia y Contrarreferencia, páginas 27 y 28.

respondan, proporcionar datos generales para que la llamada se canalice al Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.

- Dicho Centro deberá valorar si el paciente amerita el envío de una ambulancia y el tipo de ambulancia que requiere y darle seguimiento al caso hasta el control de la urgencia de acuerdo con su capacidad resolutive.²⁴⁷

De acuerdo con el Manual, es responsabilidad del personal de salud, posterior a la valoración del paciente, identificar la necesidad de referirlo, registrarlo en los documentos oficiales, elaborar, entregar y explicar la nota de referencia al paciente y gestionar el transporte en caso de detectar que así se requiera.

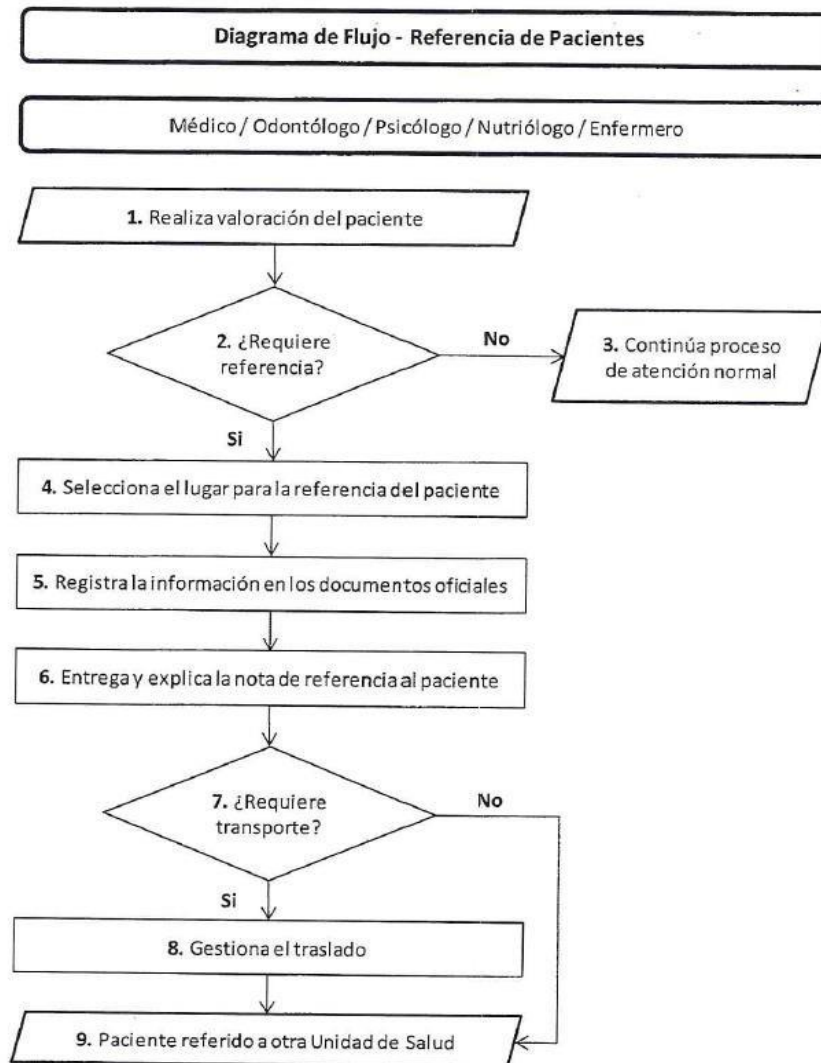
Para determinar que un o una paciente requiere referencia y transporte, el personal de salud debe determinar, entre otros aspectos, si necesita recibir servicios de urgencia y, de ser el caso, el personal de salud que realiza la referencia deberá gestionar el traslado del paciente.²⁴⁸

Lo anterior se representa en el Diagrama de Flujo- Referencia de Pacientes que contiene el Manual.

²⁴⁷ P. 44, Responsabilidades.

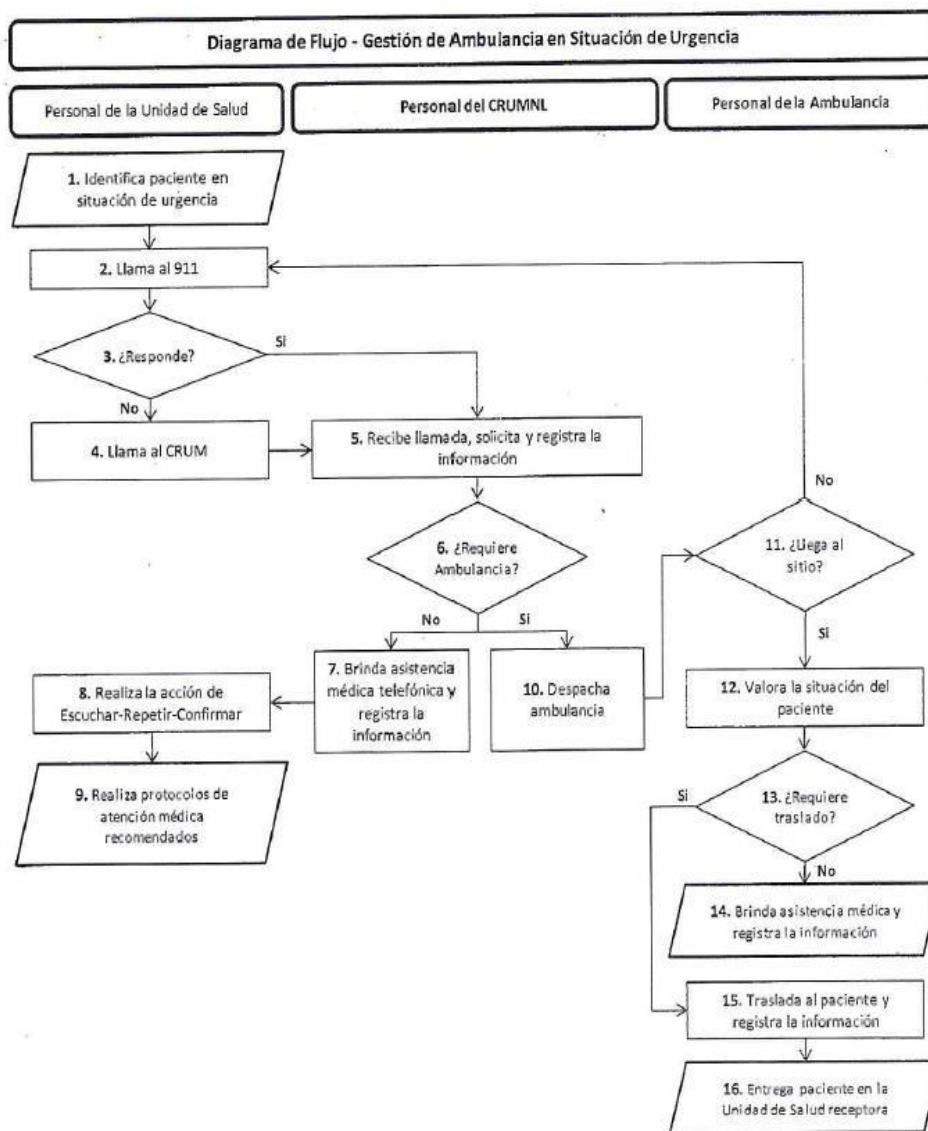
²⁴⁸ P. 32.

Como se observa del diagrama, es posterior a realizar la valoración del paciente, cuando se determina si éste requiere referencia y transporte y, de considerarlo así, gestionar el traslado.



El Manual refiere que, para la coordinación de las actividades para la atención médica prehospitalaria y el traslado en ambulancia de pacientes en situación de urgencia médica, el responsable es el Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León.

El proceso para la gestión de ambulancias con dicho Centro se representa en el siguiente Diagrama de flujo-Gestión de Ambulancias en Situación de Urgencia:



El Manual establece que cuando el personal de la Unidad de Salud identifica al paciente en situación de urgencia, llama al 911 y al responder, el personal del Centro Regulador de Urgencias Médicas de Nuevo León debe registrar la llamada y decidir si requiere ambulancia, continuando con dicho proceso al despachar la ambulancia al sitio.

4.4.3. Sobre el derecho a la verdad

El derecho a la verdad es uno de los derechos que tienen las víctimas y sus familiares a:

- Obtener de los órganos competentes del Estado el esclarecimiento de los hechos violatorios de los derechos humanos, con la finalidad de conocer con certeza lo sucedido y recibir información sobre las circunstancias en que se cometieron esos hechos, sobre todo, respecto de aquellos que sean calificados como graves; y,
- Con la finalidad de que se deslinden las responsabilidades correspondientes, a través de la investigación, el juzgamiento y castigo de las personas responsables.

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, en su estudio sobre el derecho a la verdad,²⁴⁹ concluyó que el derecho a la verdad sobre las violaciones manifiestas de los derechos humanos e infracciones graves del derecho humanitario es un derecho autónomo e inalienable,²⁵⁰ estrechamente relacionado con el deber de:

- Proteger y garantizar los derechos humanos;
- Realizar investigaciones eficaces de las violaciones manifiestas de estos y de las infracciones graves del derecho humanitario;
- De garantizar recursos efectivos y de reparación;
- Guardando estrecha relación con el Estado de Derecho y los principios de la transparencia, la responsabilidad y la buena gestión de los asuntos públicos en una sociedad democrática.²⁵¹

Además, está estrechamente vinculado a otros derechos, como los siguientes:

- A un recurso efectivo;
- A la protección jurídica y judicial;
- A la vida familiar;

²⁴⁹ E/CN.4/2006/91 de fecha 09 de enero de 2006, Estudio sobre el derecho a la verdad, Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

²⁵⁰ Ibid, párr. 55.

²⁵¹ Ibid, párr. 56.

- A una investigación eficaz;
- A ser oído por un tribunal competente, independiente e imparcial;
- A obtener reparación;
- A no sufrir torturas, ni malos tratos; y
- A solicitar y a difundir información.

La verdad es fundamental para la dignidad del ser humano.²⁵²

En los casos de violaciones manifiestas de los derechos humanos, las víctimas y sus familiares tienen derecho a saber la verdad.

Este derecho tiene un aspecto social: la sociedad tiene derecho a conocer la verdad sobre los acontecimientos que se refieren a la comisión de crímenes aberrantes, así como sobre las circunstancias y los motivos por los que se perpetraron, a fin de evitar que se repitan.²⁵³

A su vez, entraña un conocimiento pleno y completo de los actos que se produjeron, las personas que participaron en ellos y las circunstancias específicas, en particular de las violaciones perpetradas y su motivación.

Resulta trascendental el esclarecimiento de los hechos y el rescate de la memoria de las víctimas.

El derecho a la verdad es la respuesta ante la falta de esclarecimiento, investigación, juzgamiento y sanción de los casos de graves de violaciones de derechos humanos de la autoridad gubernamental.

Este derecho se configura como un pilar fundamental para combatir la impunidad y constituye un mecanismo de justicia indispensable de todo Estado que se precie de ser Democrático, pues coadyuva a la no repetición de los actos violatorios de derechos humanos.

²⁵² *Ibíd.*, párr. 57.

²⁵³ *Ibíd.*, párr. 58.

El derecho a la verdad constituye un derecho tanto individual como colectivo:

- Cada víctima tiene derecho a conocer la verdad sobre las violaciones de que ha sido objeto;
- Pero la verdad también ha de conocerse a nivel de toda la sociedad a fin de prevenir la recurrencia de tales violaciones.²⁵⁴

El derecho a la verdad incluye el derecho de los familiares a que se les entreguen los restos de sus seres queridos.

La Corte IDH ha determinado que toda persona, incluidas los familiares de las víctimas de graves violaciones a derechos humanos, tienen el derecho a conocer la verdad, ya que dicho derecho se encuentra subsumido fundamentalmente en el derecho de las víctimas o sus familiares a obtener de los órganos competentes del Estado el esclarecimiento de los hechos violatorios y las responsabilidades correspondientes, a través de la investigación y el juzgamiento, lo cual constituye además una forma de reparación.²⁵⁵

Además, la satisfacción de este derecho es de interés no solo de los familiares de las víctimas, sino también de la sociedad, que con ello ve facilitada la prevención de este tipo de violaciones en el futuro.

También, se relaciona, de modo general, con el derecho a que el Estado realice las acciones tendientes a lograr el esclarecimiento de los hechos violatorios y las responsabilidades correspondientes.

La SCJN ha sostenido que la verdad:

- Es un reconocimiento al sufrimiento de las víctimas y no solo una decisión de adecuación típica, basada en categorías jurídicas;
- Consiste en la entrega de un relato:

²⁵⁴ Grupo de Trabajo sobre las Desapariciones Forzadas o Involuntarias, A/HRC/19/58/Rev.1, Informe del Grupo de Trabajo sobre las Desapariciones Forzadas e Involuntarias, pág. 15.

²⁵⁵ Cfr. Corte IDH. Caso Rodríguez Vera y otros (Desaparecidos del Palacio de Justicia) Vs. Colombia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 14 de noviembre de 2014. Serie C No. 287, párr. 511.

- Correspondiente con los hechos;
 - Suficientemente probado; y,
 - Surgido de una investigación exhaustiva y diligentemente conducida.
- No puede ser cualquier versión, dado que las explicaciones deben guardar consistencia con la evidencia disponible;
 - Tampoco puede ser producto de una selección o interpretación arbitraria.
 - Idealmente se construye en consenso, pues las versiones y explicaciones de las víctimas deben ser consideradas y, en todo caso, víctimas y autoridades deben ser convencidas por las autoridades;
 - Es difícil asociar las medidas de reparación cuando una verdad ha sido impuesta o cuando las víctimas no se sienten representadas o tomadas en cuenta.²⁵⁶

El derecho a la verdad tiene dos dimensiones: una individual y una colectiva.

- La primera: consiste en el derecho que tiene la víctima y su familia a conocer la verdad acerca de los hechos que derivaron en las serias violaciones a derechos humanos y a conocer la identidad de quienes participaron en estas; y,
- La segunda: implica la necesidad de prevenir dichas violaciones en el futuro.²⁵⁷

El derecho a la verdad devuelve la dignidad a la víctima de una manifiesta violación de sus derechos humanos, asegurando que esos hechos atroces no vuelvan a ocurrir.²⁵⁸

Así, es posible concluir que el derecho a la verdad se viola cuando:

- Se trata de ocultar deliberadamente lo que realmente aconteció;

²⁵⁶ Amparo en revisión 1077/2019, párrafo 93, Primera Sala, SCJN, sesión de dieciséis de junio de dos mil veintiuno, Ministro Ponente: Dr. Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena.

²⁵⁷ Amparo en revisión 51/2020, párr. 108, Primera Sala, SCJN, sesión de diez de agosto de dos mil veintidós, Ministra Ponente: Margarita Ríos Farjat.

²⁵⁸ Amparo en revisión 51/2020, párr. 109, Primera Sala, SCJN, sesión de diez de agosto de dos mil veintidós, Ministra Ponente: Margarita Ríos Farjat.

- No se da una explicación congruente con las evidencias.
- No se informa a las víctimas y sus familiares de manera completa y plena de los actos que se produjeron, las personas que participaron en ellos y las circunstancias específicas, en particular de las violaciones perpetradas y su motivación.

Sólo si se esclarecen todas las circunstancias de las violaciones de que se trata se podrá considerar que el Estado ha proporcionado a la víctima y a sus familiares un recurso efectivo y ha cumplido con su obligación general de investigar.²⁵⁹

El derecho que toda persona tiene a la verdad ha sido desarrollado por el derecho internacional de los derechos humanos²⁶⁰ y, como lo sostuvo la Corte IDH, la posibilidad de los familiares de la víctima de conocer lo sucedido a ésta,²⁶¹ constituye un medio de reparación y, por tanto, una expectativa que el Estado debe satisfacer a los familiares de las víctimas y a la sociedad como un todo.²⁶²

Por consiguiente, esta Comisión considera que el Estado tiene la obligación de investigar los hechos que generaron las violaciones de la Convención Americana en el presente caso, así como de divulgar públicamente los resultados de dicha investigación y las autoridades competentes, especialmente la Fiscalía y el Poder Judicial deberán sancionar a los responsables.

²⁵⁹ Cfr. al respecto el Caso Caballero Delgado y Santana, sentencia de 8 de diciembre de 1995, Serie C No. 22, párr. 58.

²⁶⁰ Véase, por ejemplo, United Nations Human Rights Committee, *Quinteros v. Uruguay*, Communication No. 107/1981, decision of 21 July 1983; Naciones Unidas, Comisión de Derechos Humanos, Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías, 49º período de sesiones, Informe final revisado acerca de la cuestión de la impunidad de los autores de violaciones de los derechos humanos (derechos civiles y políticos) preparado por L. Joinet, UN General Assembly Doc. E/CN.4/Sub.2/1997/20/Rev.1; Naciones Unidas, Comisión de Derechos Humanos, Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías, 45º período de sesiones, Estudio relativo al derecho de restitución, indemnización y rehabilitación a las víctimas de violaciones flagrantes de los derechos humanos y las libertades fundamentales, Informe definitivo presentado por Theo van Boven, Relator especial, E/CN.4/Sub.2/1993/8.

²⁶¹ Cfr. Caso Cantoral Benavides, Reparaciones, supra nota 5, párr. 69; Caso Villagrán Morales y otros, Reparaciones, supra nota 5, párr. 100; y Caso Paniagua Morales y otros, Reparaciones, supra nota 5, párr. 200.

²⁶² Cfr. Caso Cantoral Benavides, Reparaciones, supra nota 5, párr. 69; Caso Villagrán Morales y otros, Reparaciones, supra nota 5, párr. 100; y Caso Paniagua Morales y otros, Reparaciones, supra nota 5, párr. 200.

4.4.4. Sobre el principio de legalidad

La Declaración Universal de los Derechos Humanos,²⁶³ el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos²⁶⁴ y la Convención Americana²⁶⁵68 establecen que los Estados deben garantizar el derecho a la certeza jurídica y la legalidad.

La seguridad jurídica es una situación personal y social que se relaciona con el funcionamiento de las instituciones del Estado, de acuerdo con lo legalmente establecido, y, a su vez, con la noción que tienen las personas gobernadas sobre el contenido de las normas, correspondiendo esto a lo que denominamos legalidad y certeza jurídica, respectivamente. Por ende, cuando las autoridades no se conducen conforme al principio de legalidad y no dan certeza jurídica de sus acciones, incumplen con su obligación de garantizar la seguridad jurídica de las personas.²⁶⁶

La Constitución Federal reconoce el principio de legalidad²⁶⁷ pues prevé el cumplimiento de las formalidades esenciales del procedimiento, así como la fundamentación y motivación, lo que implica que las autoridades deben sujetarse a un sistema jurídico coherente y permanente, que especifique los límites del Estado en sus diferentes ámbitos de actuación en cuanto afecten a las personas titulares de los derechos individuales, garantizando el respeto de sus derechos fundamentales.

4.4.5 Sobre el principio de dignidad como principio de derecho y como bien jurídico

La dignidad humana se encuentra reconocida en los artículos 1, último párrafo;²⁶⁸ 2, apartado A, fracción II; 3, fracción II, inciso c); y 25 de la Constitución Federal y se proyecta como un bien jurídico inherente al ser humano merecedor de la más amplia protección jurídica.

²⁶³ Arts. 8 y 10.

²⁶⁴ Art. 14.

²⁶⁵ Arts. 8 y 25.

²⁶⁶ Recomendación 60/2021, emitida por la CNDH, p.26, segundo párrafo.

²⁶⁷ En sus artículos 14 y 16.

²⁶⁸ Cuando reconoce que todas las personas son titulares de los derechos reconocidos en la propia Constitución Federal y en los tratados internacionales en materia de derechos humanos en los que el Estado Mexicano es parte y cuándo prohíbe toda discriminación que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Es un principio que permea a todo el orden jurídico nacional y a la vez es un derecho fundamental que debe ser respetado y protegido, cuya importancia reside en que es la base y condición para el disfrute de otros derechos²⁶⁹ y el desarrollo integral de la personalidad.

Dicho principio establece el mandato constitucional -dirigido a las autoridades- de preservar el núcleo más esencial del ser humano por el mero hecho de serlo y, por lo tanto, el derecho de ser tratado como tal y no como objetos, así como a no ser humillados, degradados, envilecidos o cosificados.

El derecho al trato digno se refiere a la posibilidad que tiene toda persona de hacer efectivas las condiciones jurídicas y materiales de trato, acordes con las expectativas en un mínimo de bienestar reconocidas por el orden jurídico.²⁷⁰

Implica un derecho que tiene como contrapartida la obligación de toda persona del servicio público de abstenerse de realizar determinadas conductas, particularmente los tratos humillantes, vergonzosos o denigrantes que coloquen a la persona en condición de no hacer efectivos sus derechos, teniéndose como bien jurídico protegido un trato respetuoso dentro de las condiciones mínimas de bienestar.²⁷¹

A partir de esta idea se reconocen, entre otros:

- La superioridad de la persona frente a las cosas;
- La paridad entre las personas;
- La individualidad del ser humano;

²⁶⁹ Como los relativos a la vida, la integridad física y psíquica, al honor, a la privacidad, al nombre, a la propia imagen, al libre desarrollo de la personalidad, al estado civil y el propio derecho a la dignidad personal, entre otros.

Al respecto, véase la jurisprudencia VI.3o.A. J/4 (10a.), de rubro "DERECHO A LA DIGNIDAD HUMANA. ES CONIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTESTURAL A LAS PERSONAS FÍSICAS Y NO A LAS MORALES.", Tercer Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Sexto Circuito, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro XXIII, agosto de 2013, Tomo 3, p. 1408, Décima Época, registro 2004199.

²⁷⁰ Soberanes Fernández, José Luis (2008), Coordinador del Manual para las calificaciones de hechos violatorios de los derechos humanos, México, Editorial Porrúa/CNDH, 2008, p. 273

²⁷¹ Véase al respecto la Recomendación 42/2015, emitida por la CNDH, párrs. 377 a 380.

- La libertad y la autodeterminación;
- La garantía de la existencia del mínimo vital; y,
- La posibilidad real y efectiva del derecho de participación en la toma de decisiones.

Lo expuesto se puede advertir de la jurisprudencia de rubro “DIGNIDAD HUMANA. CONSTITUYE UNA NORMA JURÍDICA QUE CONSAGRA UN DERECHO FUNDAMENTAL A FAVOR DE LAS PERSONAS Y NO UNA SIMPLE DECLARACIÓN ÉTICA.”, emitida por la Primera Sala de la SCJN,²⁷² así como de la tesis de rubro “DIGNIDAD HUMANA. CONSTITUYE UN DERECHO FUNDAMENTAL QUE ES LA BASE DE LOS DEMÁS DERECHOS HUMANOS RECONOCIDOS CONSTITUCIONAL Y CONVENCIONALMENTE.”, emitida por el Décimo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito.²⁷³

La relevancia de la dignidad humana se pone de manifiesto en la medida de que ha sido reconocida en diversos instrumentos internacionales de los que México es parte, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos; la Convención Americana;²⁷⁴ el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; así como la Declaración y Programa de Acción de Viena.

En suma, la dignidad, como principio y como norma, implica que:

- Todas las personas son iguales ante la ley.
- No debe prevalecer discriminación alguna que atente contra la dignidad humana.
- Se reconoce el valor superior de la dignidad humana.

²⁷² Jurisprudencia 1a./J. 37/2016 (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 33, agosto de 2016, Tomo II, página 633, Décima Época, registro 2012363.

²⁷³ Tesis I.10o.A.1 CS (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 54, mayo de 2018, Tomo III, Décima Época, página 2548, registro 2016923.

²⁷⁴ Cuanto contempla, en su artículo 11, la protección a la honra y a la dignidad, al señalar que toda persona tiene derecho al respeto y reconocimiento de estas y que, por ende, debe contar con la protección contra injerencias o ataques a estas.

- En el ser humano la dignidad debe ser respetada, porque constituye un derecho fundamental, que, a su vez, es base y condición de todos los demás, que consiste en el derecho a ser reconocido a vivir en y con la dignidad.
- De la dignidad se desprenden todos los demás derechos, en cuanto a que son necesarios para que las personas desarrollen integralmente su personalidad.
- Dentro de esos derechos se encuentran, entre otros, la integridad física y psíquica, el libre desarrollo de la personalidad y el propio derecho a la dignidad personal.
- Aún y cuando estos derechos personalísimos no se enuncian expresamente en la Constitución Federal, están implícitos en los tratados internacionales y deben entenderse como derechos derivados del reconocimiento al derecho a la dignidad humana, pues sólo a través de su pleno respeto es posible hablar de un ser humano en toda su dignidad.²⁷⁵
- Impregna todas las normas constitucionales y convencionales y dota de contenido formal y material al resto de nuestro universo jurídico.
- La dignidad como principio de derecho y como regla jurídica no concluye con la muerte de un ser humano, sino que persiste aún después de la muerte, dado que los cuerpos sin vida deben ser tratados con respeto y consideración, para que -en su caso- se lleven
- a cabo, con suficiente tiempo, los ritos funerarios conforme a las particulares usos, costumbres y tradiciones.
- No debe olvidarse que los seres humanos fallecidos son la madre, el padre, el hermano o la hermana de alguien y que, por esa razón, sus restos mortuorios merecen ser tratados con respeto y dignidad.

²⁷⁵ Cfr. al respecto la tesis P. LXV/2009, de rubro "DIGNIDAD HUMANA. EL ORDEN JURÍDICO MEXICANO LA RECONOCE COMO CONDICIÓN Y BASE DE LOS DEMÁS DERECHOS FUNDAMENTALES.", Tribunal Pleno, SCJN, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXX, diciembre de 2009, p. 8, registro digital 165813.

5. ANÁLISIS DE FONDO

5.1. Acciones realizadas por la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Nuevo León durante la tramitación de los expedientes

Ante todo, debe de indicarse que esta Comisión emitió una medida precautoria, un reforzamiento de esta e inspeccionó las instalaciones de Capullos.

En efecto, el dos de diciembre de dos mil veintiuno, se emitió la medida precautoria 19, mediante la cual se solicitó al Director General que adoptara las medidas necesarias e inmediatas para evitar cualquier acto que atentara en contra de la integridad física y seguridad de las niñas, niños y adolescentes que estuvieran bajo el cuidado del DIF, entre otras, las siguientes:

- La designación de personal para vigilar y monitorear, permanente, a las personas infantes y adolescentes;
- Que se verificara el resguardo de diversos utensilios, con los que pudieran causar o causarse daño, para que no estuvieran a su alcance; y,
- Que se realizaran inspecciones en los dormitorios para que dichas personas no contaran con herramientas con las que pudieran agredir a otras.

Por su parte, el DIF comunicó que:

- Se reforzó la supervisión de los utensilios de cocina, para que estuvieran bajo el control del personal autorizado y que cuando no se usaran permanecieran bajo llave en el área de la cocina del comedor general;
- En las Villas Juveniles se implementó el uso de utensilios desechables para la comida; y,
- Se realizaron inspecciones, dos veces por semana, en todas las áreas, cuando las niñas, niños y adolescentes estuvieran en otros lugares, lo cual se realizaría y documentaría de manera periódica.

Además, se allegaron las siguientes constancias:

- Una solicitud dirigida a la Coordinación Técnica para que realizara el refuerzo del sistema de monitoreo y vigilancia; para lo cual, se requirió un chequeo y, de ser posible, la compra de cámaras de video, debido a que se detectó un daño en el cableado, así como deterioro en el sistema de video, realizándose, después, un requerimiento de cámaras de seguridad;³
- Se acompañaron diversas fotografías en las cuales se aprecia el uso de utensilios desechables en el comedor y el resguardo de objetos bajo llave;
- Se remitieron las constancias de las inspecciones realizadas en los dormitorios, en distintas fechas y horarios, con la participación de personal del DIF, habiéndose encontrado y retirado, entre otros objetos, cucharas, tijeras y cortaúñas.

Luego, el dos de diciembre de dos mil veintiuno, personal de esta Comisión se constituyó en las instalaciones de Capullos y realizó una inspección, habiéndose hecho constar diversos daños y malas condiciones que pudieran poner en riesgo la integridad, seguridad y la salud de las niñas, niños y adolescentes, entre otras:

- Cableados de luz junto a mangueras de agua;
- Vidrios quebrados en las ventanas;
- Canceles rotos o quebrados en baños y/o duchas;
- Moho en las recámaras;
- Moho y hongos en los baños y/o duchas;
- Humedad en paredes;
- Ausencia de mangueras de desagüe;
- Alcantarilla de desagüe abierta;
- Sanitarios sucios y/o con agua sucia;
- Sanitarios sin tapa en los tanques;

En respuesta, el DIF comunicó que:

- Inhabilitó la toma de agua cerca de los cables de luz;
- Atendió la reparación de vidrios;
- Con relación a la humedad, moho y hongos, inició con la impermeabilización del edificio, para, posteriormente, pasar al raspado, limpieza y pintura de las paredes;
- Se atendió la reparación de los artefactos para baño;
- Se giraron las instrucciones para que se reparara el área sin cancel; y,

Señalándose que las mejoras se estaban elaborando en atención al presupuesto autorizado y el material existente, habiéndose acompañado diversas fotografías.

El tres de marzo de dos mil veintidós, la Comisión emitió, con carácter de urgente, un reforzamiento de la medida precautoria 19, debido a la investigación que se estaba llevando a cabo por el fallecimiento de Ángel, habiéndose solicitado al Director General:

- La implementación de acciones inmediatas y oportunas para garantizar la integridad física y psicológica de las niñas, niños y adolescentes de Fabriles y Capullos, incluyendo el acceso a una atención médica de urgencia y especializada, así como al tratamiento que sus condiciones requirieran;
- Que se verificara que todo el personal estuviera capacitado y cumpliera con el perfil adecuado para la realización de sus funciones;
- Que actuaran en observancia al interés superior de la niñez, con pleno respeto a su dignidad y derechos humanos;
- Que se supervisara y vigilara, de manera continua, que el personal no ejerciera violencia y/o castigos corporales, ni realizara actividades que pusieran en riesgo la integridad física y psicológica de las niñas, niños y adolescentes.

El DIF informó:

- Que se amplió la plantilla de pediatría, psicología, paidopsiquiatría y neuropediatría;

- Que contaban con una plantilla de médicos para ambos Centros, desglosada de la siguiente manera:
 - Un médico neurólogo que atendía a ambos lugares:
 - Un médico paidopsiquiatra que atendía a los dos Centros;
 - Tres médicos pediatras que atendían a ambos Centros; y,
 - Cuatro médicos generales: dos asignados a Capullos y dos a Fabriles.
- En casos de requerirse consulta externa, como urgencias médicas, se canalizaban, en su mayoría, al Hospital Regional Materno Infantil y al HU;
- Se implementó una actualización de los diagnósticos de niñas, niños y adolescentes, por lo cual, de acuerdo con lo señalado, recibían su tratamiento acorde al diagnóstico de cada uno;
- Se acompañó un oficio dirigido a la Subdirección de Recursos Humanos, a través del cual se solicitó la validación de que el personal que laborara directamente con niñas, niños y adolescentes de Fabriles cumpliera con el perfil adecuado para realizar sus funciones;
- Se indicó que no estaba autorizada ninguna forma de castigo, violencia y/o agresión corporal a los adolescentes de Fabriles y Capullos;
- Que no se realizaba ninguna actividad que pudiera poner en riesgo la integridad física y psicológica de los adolescentes ingresados en Fabriles; y,
- Que se había emitido una circular dirigida al personal operativo y administrativo de ambos centros, en la cual se indicó que se girará la instrucción expresa a no realizar tales conductas.

Sobre el particular debe indicarse lo siguiente:

- Cuando se inspeccionaron las instalaciones del DIF, éstas no tenían cumplían con las condiciones mínimas adecuadas para la estancia digna de niñas, niños y adolescentes.

- Por ende, necesitaban una atención urgente para garantizar los derechos de las personas infantes y adolescentes, porque no hacerlo implicaría, entre otros, una afectación a los siguientes derechos humanos:
 - A una vivienda digna: ya que para que un lugar se considere “adecuado”, requiere contar con los elementos que garanticen un nivel mínimo de bienestar, como, por ejemplo:
 - Una infraestructura básica que proteja en contra de la humedad, lluvia y viento, así como de riesgos estructurales;
 - Adecuadas instalaciones sanitarias y de aseo;
 - Un espacio especial para preparar e ingerir los alimentos;
 - Un espacio adecuado para el descanso, iluminación y ventilación;
 - Acceso al agua potable, electricidad, y drenaje.
 - A un medio ambiente sano;
 - A la integridad y seguridad personal; y,
 - Al derecho de acceso a la salud.

Lo expuesto, en atención:

- Al artículo 11, numeral 1, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales;
- A la interpretación realizada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU en la Observación General 4 (1991) (E/1992/23), a dicho numeral;
- A los “Lineamientos en Aspectos Prácticos respecto del Derecho Humano a la Vivienda Adecuada”, elaborados por el Comité de Asentamientos Humanos de la ONU y los “Principios de Higiene de la Vivienda”, emitidos por la OMS, en Ginebra en 1990; y,

- A la tesis 1a. CXLVIII/2014 (10a.), de rubro “DERECHO FUNDAMENTAL A UNA VIVIENDA DIGNA Y DECOROSA. SU CONTENIDO A LA LUZ DE LOS TRATADOS INTERNACIONALES.”, emitida por la Primera Sala de la SCJN.²⁷⁶

Cabe señalar que si bien, el DIF refirió estar atendiendo las observaciones realizadas, lo cierto es que no acompañó pruebas que acreditaran el cumplimiento cabal a todas y cada una de ellas, tan es así que señaló haber girado las instrucciones para su atención y para que se tomaran medidas, pero no remitió las constancias correspondientes que sustentaran su dicho. Naturalmente, las manifestaciones unilaterales de la autoridad, carente de pruebas contundentes, no tienen eficacia demostrativa plena.

Además, si se considera que el constante ingreso de personas infantes y adolescentes implica un continuo desgaste de las instalaciones e infraestructura, la supervisión y reparación de estas se debe realizar, al menos, al mismo ritmo, dado que la obligación de respetar, proteger y garantizar los derechos humanos no es eventual, sino también permanente, razón por la cual, se deben realizar y documentar las acciones mediante las cuales de cumplimiento a sus obligaciones como agente protector.

La implementación de medidas relacionadas con la integridad y seguridad personal de niñas, niños y adolescentes y del personal del DIF deberá continuar de manera permanente, así como las demás acciones comunicadas en su informe, lo que también deberá acontecer respecto al suministro de alimentos.

Ahora bien, en cuanto a la instrucción girada al personal sobre la prohibición de usar cualquier tipo de violencia, deberá continuarse con la impartición de los cursos requeridos para prevenir dichas conductas, incluidos aquellos relacionados con los procedimientos a seguir y las sanciones a aplicar con motivo de su incumplimiento.

Lo anterior, teniendo en cuenta de que, a pesar de existir esas instrucciones, Ángel sufrió agresiones físicas y falta de atención médica, lo que es una forma de violencia institucional, lo que a la postre desencadenó una serie de situaciones que culminaron con su deceso.

²⁷⁶ Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 5, abril de 2014, Tomo I, p. 801, Décima Época, registro digital 2006171.

Bajo ese contexto, el DIF deberá realizar inspecciones, supervisiones y reparaciones a las instalaciones e infraestructura donde se albergan a niñas, niños y adolescentes, además, cerciorarse del cumplimiento de no violentar el derecho que tienen a una vida libre de violencia.

Asimismo, se deberán adoptar las medidas necesarias para que reciban la atención médica física y/o psicológica que necesiten, atendiendo a sus condiciones o particularidades específicas, incluidos los tratamientos que requieran, con la finalidad de propiciar las condiciones que tengan por objeto su más amplio y sano desarrollo, así como mejorar su calidad de vida.

Lógicamente, estas actuaciones deben de tener como eje rector el interés superior de la infancia y adolescencia, para lo cual, como garantía de cumplimiento, frente a su obligación de respetar, proteger y garantizar estos derechos humanos, deberán documentarse, para estar en posibilidad de ser revisadas y constatar que estas se hayan realizado atendiendo al marco jurídico nacional e internacional que regula su ejercicio, así como a los más altos estándares en la materia.

5.2. Planteamiento del problema

Dadas las particularidades del caso, es necesario delimitar los aspectos que serán objeto de análisis y pronunciamiento, para estar en posibilidad de determinar si se vulneraron o no los derechos humanos de los cuatro adolescentes, sobre todo, de Ángel, razón por la cual resulta conveniente establecer con claridad los problemas a elucidar.

En tal sentido, esta Comisión considera que hay cuatro temas que serán examinados y, por ende, objeto de pronunciamiento:

El primero consiste en determinar si las actuaciones de las personas del servicio público del DIF fueron adecuadas o no, previo, durante y posterior al evento de la “riña” en la que participaron los adolescentes;

El segundo, si los traslados realizados de Capullos a Fabriles y otros lugares se llevaron o no con sujeción a derecho, a la luz del interés superior de la adolescencia;

El tercero está relacionado con la atención médica de Ángel, durante su estancia en Capullos y Fabriles, así como si los medicamentos, especialmente, los de prescripción controlada, eran o no adecuados para sus diversas sintomatologías; y,

El último, relativo a si la actuación de las diversas personas del servicio público, a lo largo de los días ocho y nueve de febrero de dos mil veintidós, fue adecuada y oportuna, lo que implicara examinar las conductas desplegadas por ellas vía acción u omisión.

5.3. Hechos no controvertidos y demostrados

Previo al análisis correspondiente, es preciso señalar que del informe rendido y de las documentales acompañadas quedan demostrados diversos hechos, sobre los cuales no existe controversia alguna, los cuales son los siguientes:

- La existencia del evento relativo a la “riña” en la que participaron los cuatro adolescentes el día veintiuno de noviembre de veintiuno;
- Que esas cuatro personas estaban internadas en Capullos;
- Que fueron egresados de Capullos y, concretamente, Ángel fue remitido a Fabriles;
- Que esta última persona estuvo en Fabriles del veintiocho de noviembre al nueve de febrero de dos mil veintidós; y,
- Que falleció en las instalaciones de Fabriles el nueve de febrero de dos mil veintidós.

Establecido lo anterior, se procederán a examinar los temas mencionados, en el orden propuesto, realizándose los pronunciamientos correspondientes en torno a la vulneración o no de los derechos humanos de los adolescentes.

5.4. Análisis de la actuación de las autoridades previo, durante y posterior al evento de la “riña” en la que participaron V1, V2, V3 y Ángel

5.4.1. Antecedente

Como antecedente, debe indicarse que, con motivo de la nota informativa “Se arman menores con cuchillo y toman DIF Capullos”, personal de esta Comisión entrevistó a Ángel, V1, V2 y V3, quienes denunciaron:

- Los tres primeros: al personal de Capullos, por maltrato;
- Además, el primero: también contra personal de Fabriles; y,
- Todos: contra elementos policiales de la Secretaría de Seguridad.

Teniendo en cuenta las quejas planteadas por los adolescentes, así como la forma y el contexto en que sucedieron los hechos, el presente apartado se subdividirá, para una mejor comprensión, de la siguiente manera:

- Análisis sobre los malos tratos que personal del DIF le dio a los adolescentes y que detonó el evento de la “riña”;
- Análisis de la actuación del personal de Capullos durante y posterior a la “riña”;
- Análisis en torno a los elementos policiales municipales.

5.4.2. Análisis sobre los malos tratos que personal del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de Nuevo León les dio a los adolescentes y que detonó el evento de la “riña”

Tres de los cuatro adolescentes²⁷⁷ manifestaron²⁷⁸ que los hechos dados a conocer en la nota informativa “Se arman menores con cuchillo y toman DIF Capullos”, se debió a las inconformidades que tenían por el maltrato que recibían del personal de Capullos.

Dichas personas declararon lo que a continuación se reproduce:

- **Ángel:**
 - “Lo hice porque ya no aguanto el DIF, ya que recibo malos tratos de los tutores y un guardia a quien le dicen PSP1, además, un enfermero me dobla las manos, a él le llaman PSP2”.
 - “Los tutores me hablan mal y fuerte, el guardia me dobla los brazos y me agarra de las piernas, me habla fuerte”.

²⁷⁷ Ángel, V1 y V2.

²⁷⁸ Ante personal de la Comisión.

- “Lo que hice es porque ya estaba cansado del trato”
- “El motivo...fue porque estaba ‘harto de PSP1’ que es un guardia y por un enfermero con el nombre de PSP2 que les dobla los manos hacia atrás y también a los demás les dobla las manos y los pies así (señala que le suben las rodillas hacia arriba, como en posición fetal).”
- “Él se juntó con sus compañeros porque estaban molestos con los tutores y PSP1.”
- “En ‘Capullos’ se encontraba mal, porque se pelean mucho ahí...lo molestan ‘todo capullos’ y le dan vergazos en todo el cuerpo a veces le dejan moretones...los tutores los dejan pelearse y...no lo protegían”.
- **V1:**
 - “La intención ira irnos de ese lugar...me sentí amenazado y por eso quería huir”.
 - “Donde estaba PSP1 me trataba mal”.
 - “Ya estaban hartos de los guardias y por qué se quería ir de Capullos”.
 - “Una semana anterior les hicieron ‘contenciones’ a uno de sus compañeros y que se enojó al ver que le estaban doblando las manos y poniéndole la rodilla en el cuello para no respirar”.
 - “A él y a V3 les doblaban los brazos, piernas y a veces les ponían la rodilla en el cuello y...por esa razón...comenzaron a hacer el ‘show’”.
 - “PSP1 hace más contenciones, que los otros guardias y a que a veces lo hacían sin tener alguna razón, solo iban y comenzaban a doblar los brazos”.
- **V2:**
 - “Ya estaba harto de trato que recibía de PSP1, el me habla fuerte y a veces me toma de los brazos fuerte y me zangolotea, en varias ocasiones de tensión me agarra y somete, siento que es brusco conmigo”.
 - “El motivo...fue porque siempre lo castigaban lo ponían hincado, parado o en una silla, en un lugar para no hacer nada y por PSP1 que torcía el brazo, como contención”.

Teniendo en cuenta los malos tratos denunciados por V1, V2 y Ángel, se solicitó un informe al DIF, el cual señaló que:

- No existía reporte, acta o constancia de la queja de Ángel;
- No se tenía conocimiento de que se hayan empleado las medidas descritas por V1;
- Las contenciones (abrazo) se realizan cuando las niñas, niños y adolescentes pierden el control o asumen una conducta inapropiada y hostil;
- Esas contenciones consisten en establecer una medida sin agresión física, ni verbal;
- En caso de conflictos entre compañeros, los cuidadores, es decir, la tuteur o tutor, son el primer contacto, por lo cual son los primeros en intervenir, atendiendo las causas del conflicto y estableciendo parámetros de intercambio adecuados para mediar; y,
- Cuando eso no es suficiente se da aviso al personal de psicología, quienes acuden a tomar el asunto, realizando las intervenciones especializadas que se requieran.²⁷⁹

Por otra parte, se indicó que las funciones de PSP2 y PSP1²⁸⁰ consistían en cubrir las áreas que les asignaran; el primero, en el área de enfermería y el segundo, en el área de seguridad.

De las constancias que íntegran los expedientes de queja relacionados con los maltratos del personal de Capullos, si bien la autoridad señaló no contar con datos al respecto, debe mencionarse lo siguiente:

- Externó que las “contenciones” consisten en abrazos que se aplican a niñas, niños y adolescentes que pierden el control o asumen una conducta inapropiada y hostil, sin ejercer violencia física ni verbal; sin embargo, no explicó cuáles son las condiciones que deben de presentar para considerar que dichas personas tienen esas conductas;
- Omitió aclarar en qué consiste una actitud inapropiada u hostil;

²⁷⁹ Puede ir desde un diálogo colectivo comunitario con todos los chicos involucrados en el conflicto dentro de área habitacional hasta intervenciones individuales en un espacio privado.

²⁸⁰ Actualmente ya no está asignado a Capullos.

- Aún y cuando la autoridad estableciera las condiciones e hiciera las aclaraciones correspondientes, lo cierto es que debe preferirse, en todo momento, el uso de medidas menos lesivas, en atención al interés de la adolescencia y el fin perseguido;
- Lo anterior cobra especial relevancia, dado que el DIF²⁸¹ no es clara en precisar si tenía o no datos de los hechos denunciados por V2; es decir, se limitó a decir, en qué consistían las contenciones y pretendió señalar cuándo eran aplicables, omitiendo la forma o el proceso de su aplicación;
- El DIF no especificó si tenía una clasificación de los conflictos que puedan surgir entre niñas, niños y adolescentes o con el personal de Centros de Atención Integral a personas infantiles o adolescentes y tampoco estableció cuáles son los parámetros usados por las personas cuidadoras para abordar esos conflictos;
- De igual forma, sucede con respecto a la actuación del personal de psicología, pues no precisa en qué momento se considera insuficiente su actuación y se determina dar parte al personal especializado;
- Además, en este supuesto, no se hace referencia a un control físico del cual, el propio DIF refiere se hacen “contenciones”, ni tampoco del control de tipo médico, como pudiera ser el suministro de tranquilizantes u otro medicamento con similares efectos;
- El DIF tenía el deber de sustentar su respuesta, adjuntando los documentos o pruebas con los cuales acredite su dicho, dado que la carga de la prueba, por regla general, recae en el Estado, debido a que, por lo regular, es quien está en mejor posibilidad de probar porque tiene a su alcance los medios de convicción para demostrar que la actuación de los agentes estatales se ajustaron al marco jurídico que regula el ejercicio de sus funciones, atribuciones y obligaciones y, que por ende, actuaron conforme a derecho.
- Lo anterior, conlleva una obligación de fundar debidamente y motivar reforzadamente sus actuaciones, debido a que los tres adolescentes, al momento de los hechos, se encontraban bajo su guarda y custodia, dependiendo en su totalidad del DIF para la

²⁸¹ En la contestación a la queja de V2.

satisfacción de sus necesidades, incluyendo la protección de su integridad y seguridad personal, motivo por el cual requerían una protección reforzada.

- Con independencia de que el DIF fue omiso en sustentar su informe, esta Comisión revisó los expedientes administrativos de los cuatro adolescentes, así como el expediente clínico de Ángel, advirtiéndose que no existe un control registro estricto, que permita conocer en el día a día, lo que acontece con relación a los adolescentes, por las siguientes razones:
 - El DIF mencionó que se llevaba un kardex donde se asentaban los medicamentos que tomaban los adolescentes como parte de su tratamiento; sin embargo, pese a que en estas constancias se hace referencia a que diariamente éstos recibían pastillas, lo cierto es que no se encontró información que permitiera saber si se administraron o no con la temporalidad prescrita.
 - Al no existir un control en un tema tan importante y trascendental como es la salud, por mayoría de razón, se puede colegir, de manera fundada, que menos lo hay con respecto a las quejas o denuncias de los adolescentes referente a los malos tratos, tan es así que no existe evidencia de lo contrario, sobre todo teniendo en cuenta que los motivos de queja son atribuidos, precisamente, a quienes tienen el deber de cuidarlos y protegerlos.
- A lo expuesto, se suma que el DIF no inició una investigación con motivo de las quejas de los adolescentes en contra del personal de Capullos, o bien, fue omiso en comunicarlo a esta Comisión.
- Además, las denuncias de Ángel, V1 y V2 son consistentes en lo general, en señalar malos tratos por parte de un guardia y de un enfermero de Capullos.²⁸²
- Por otro lado, Ángel y V1, de manera puntual y detallada, refieren que, parte de los malos tratos recibidos, consistían en que les doblaran las manos y las piernas o pies,

²⁸² A quienes identifican como PSP1 y PSP2, respectivamente.

lo cual constituyen elementos que, sumados a lo expuesto, resultan suficientes para tener por cierto el dicho de los adolescentes.

- Debido a la falta de documentación del informe del DIF, el indebido registro de los expedientes de los adolescentes, la consistencia en sus denuncias con relación a la forma y términos en dijeron fueron transgredidos sus derechos, esta Comisión tiene por acreditada la afectación a la integridad y seguridad personal de Ángel, V1 y V2.
- Si bien, V3 no presentó queja por malos tratos atribuidos al personal de Capullos, ello no quiere decir que situaciones similares respecto de su persona no hayan sucedido, pues debe tomarse en cuenta la relación de asimetría y de poder existente entre dicho adolescente y el personal de Fabriles, amén del contexto en que se desarrollaron los hechos.
- Pues, en todo momento V3, al igual que sus compañeros Ángel, V1 y V2 estaban bajo la guarda y custodia del personal de sus cuidadores, quienes lejos de cumplir con su obligación de cuidarlo y protegerlo transgredieron sus derechos, presumiendo por ello, la existencia del temor fundado a una represalia.
- Lo anterior encuentra corroboración con la queja de V2 quien refirió que, V4 también era objeto de malos tratos por el personal de Capullos, por ejemplo, cuando les doblaban los brazos, piernas y a veces el pie en el cuello.
- Dadas las particularidades expuestas, esta Comisión concluye, de manera fundada, que el personal de Capullos no sólo transgredió el derecho a la integridad y seguridad personal de Ángel, V1 y V2, sino también de V3.

5.4.3. Análisis de la actuación del personal de Capullos durante y posterior a la “riña”

En atención al contenido de la nota “Se arman menores con cuchillo y toman DIF Capullos”, esta Comisión solicitó un informe al DIF, autoridad que contestó lo siguiente:

- El personal de Capullos, siguiendo el protocolo establecido en el “Manual de Políticas y Procedimientos de Seguridad”, solicitó el apoyo de la Secretaría de Seguridad del Estado, arribando Fuerza Civil y la Policía del municipio de Guadalupe;

- En el momento en que los adolescentes, de manera disruptiva pusieron en peligro la integridad de la población de niñas, niños y adolescentes, así como la del personal que labora en Capullos y de ellos mismos, fueron intervenidos y tranquilizados por el personal de seguridad de ese Centro.

En el punto que antecede se hizo mención de que el DIF no precisa cuáles son los parámetros de actuación frente a conflictos entre niñas, niños y adolescentes y de éstos con su personal, así como la omisión a registrar de manera estricta en los expedientes administrativos y, además, en el clínico, en el caso de Ángel, de los adolescentes cualquier asunto relacionado con éstos, como lo es la medicación o suministro de sustancias por inyección como medida de contención ante los conflictos.

Al respecto, esta Comisión entrevistó al personal policial de la Secretaría de Seguridad, quienes fueron consistentes en señalar que, el día de los hechos, el personal de Capullos inyectó a los adolescentes y les pidieron esperar a que hiciera efecto el tranquilizante y/o sedante, situación que no fue informada por el DIF, pues si bien señaló que los adolescentes fueron intervenidos y tranquilizados, lo cierto es que, dicha autoridad fue omisa en especificar de qué manera actuaron para intervenirlos y tranquilizarlos.

Lo anterior, sumado a la falta de un registro estricto del personal de Capullos en cuanto al llenado de los expedientes administrativos y/o clínicos, resultan, a juicio de esta Comisión, elementos suficientes para presumir, de manera fundada, que el día de la “riña”, Ángel, V1, V2 y V3 fueron inyectados con alguna sustancia o medicamento con efecto tranquilizante o sedante.

El DIF tampoco acompañó en su informe el inventario que permitiera conocer cuáles son las sustancias o medicamentos con los que se contaba el día de los hechos, quién tenía acceso a los mismos y los registros para conocer el uso de éstos; es más, ni siquiera de los días anteriores al evento.

La falta de control facilita el uso indebido de sustancias o medicamentos, dejando al arbitrio del personal la decisión de registrar o no el uso de estos, además, acarrea el incumplimiento de la obligación a documentar sus actuaciones, situación la cual cobra especial relevancia, dado que la salud de las niñas, niños y adolescentes podría verse afectada.

Incluso, podría tener consecuencias lamentables, porque puede generarse un mal diagnóstico y/o tratamientos con funestas consecuencias; esto es así, porque una atención médica adecuada necesaria implica saber los antecedentes sintomatológicos de la persona a tratar y su temporalidad, incluyendo el uso de medicamentos o tratamientos que se le hayan proporcionado hasta ese momento.

Por otra parte, con relación a la capacitación del personal de Capullos, el DIF señaló que difundió el “Manual de Políticas y Procedimiento de Seguridad” a todo el personal de guardia; sin embargo, omitió acompañar dicho instrumento o bien la página para consulta; de ahí que, no sea posible realizar un estudio sobre su contenido.

Pero aun y cuando se hubiese acompañado dicho Manual, ello no sería suficiente para considera que la autoridad haya cumplido con su obligación de respetar y proteger los derechos de esos adolescentes, debido a que no se acompañó la bitácora, el rol de novedades o documento que contuviera el registro de todas y cada una de las actuaciones desplegadas por el personal de Capullos.

Lo anterior implica un reporte no sólo del personal encargado de la seguridad de Capullos, sino de todo de su personal, debido a que como lo dijo la propia autoridad, los primeros que interactúan con niñas, niños y adolescentes son sus cuidadores y después se da vista al personal de psicología para que tome el asunto; por ello, esta Comisión considera que dicho Manual debió difundirse a todo el personal y no sólo a los guardias, además, no se precisa el momento en que se dio la difusión y tampoco remitieron pruebas para acreditar que ello haya sido así.

Por lo expuesto, se concluye que el DIF, al momento de los hechos, no contaba con un protocolo de actuación o capacitación para hacer frente al evento que se presentó en Capullos el veintiocho de noviembre de dos mil veintiuno, ni tampoco para atender los conflictos que pudieran suscitarse entre niñas, niños y adolescentes o entre este grupo de población y el personal de la autoridad.

Tomando en cuenta que, a los cuatros adolescentes se les suministró un tranquilizante o sedante, esta Comisión considera la actuación del personal de Capullos no fue la adecuada, con independencia de que hayan incumplido con su obligación de registrar todas sus actuaciones.

Por lo anterior, se estima conveniente que todo el personal del DIF tome cursos, con relación a los derechos de las niñas, niños y adolescentes, destacadamente al deber de cuidado y protección al que se encuentran constreñidos para con quienes se encuentran bajo su guarda y custodia.

Además, deberán crearse los protocolos de actuación que establezcan los posibles conflictos que se pueden suscitar al interior del DIF, incluyendo el procedimiento que se debe de seguir para hacer frente al problema, respetando en todo momento los derechos de las niñas, niños y adolescentes, maximizando en la medida de lo más alto posible el interés superior de la infancia y adolescencia.

5.4.4. Análisis en torno a la actuación de elementos policiales municipales

Los adolescentes manifestaron²⁸³ que diversos elementos uniformados los agredieron, especificando lo siguiente:

- **Ángel refirió que:**
 - Llegaron unos policías vestidos de negro, quienes lo tomaron de los brazos y se los doblaron hacia atrás y le “gancharon” las manos con unas esposas de color gris;
 - Después, lo llevaron a una camioneta con sus compañeros, donde le quitaron las esposas y le pusieron cinta café, en manos y pies, para que no se moviera;
 - Un policía le colocó las esposas en las muñecas, colocándole las manos hacia atrás y por delante, de manera alternada; y,
 - Cabe señalar que una de las esposas se colocó en la muñeca de Ángel y la otra en la muñeca de V2.
- **V1 expuso que:**
 - Llegaron, aproximadamente diez guardias o policías vestidos de negro, traían chaleco, frecuencia, armas y esposas;

²⁸³ Ante personal de la Comisión.

- Enseguida, lo tumbaron y le colocaron las esposas en las muñecas;
 - Estando en el piso, le pusieron la rodilla en el cuello, razón por la cual no podía respirar;
 - Acto seguido, lo levantaron del piso y lo llevaron a una banca, subiéndolo a él y a sus compañeros a una camioneta de policía;
 - Posteriormente, le quitaron las esposas y le colocaron cinta en las manos y en los pies; y, finalmente,
 - Unos policías le colocaron las esposas en las muñecas, colocándole las manos por atrás de su cuerpo, durante aproximadamente media hora.
- **V2 denunció que:**
 - Los uniformados de azul lo agarraron de los brazos y le pusieron ganchos, quitándole las esposas en la camioneta y amarrándolo con cinta pegajosa.
 - En Capullos unos policías:
 - Le colocaron una esposa en la muñeca derecha y otra en la muñeca izquierda de Ángel; y
 - Estando arriba de la camioneta, en la que los trasladaron a Fabriles, le inmovilizaron los tobillos colocándole cinta canela.
- **V3 señaló que:**
 - Los agarraron unos policías, tumbándolos al suelo y poniéndoles esposas;
 - Una enfermera le puso una inyección para dormirlo;
 - Un policía le puso un pie en el lado izquierdo de su cuello, sintiendo que le faltaba el aire;
 - Posteriormente, le colocaron unos ganchos en las muñecas, sujetándolo de los brazos y tirándolo al piso;

- Otro policía le colocó un pie en su brazo derecho; y,
- Le colocaron las esposas en sus muñecas, colocándole las manos por atrás, durante aproximadamente media hora.

En su informe, la Secretaría de Seguridad remitió diversas constancias de las cuales se advierte que:

- Las unidades D25, D29 y D30 acudieron a Capullos la tarde del veintiocho de noviembre de dos mil veintiuno, en atención a un reporte de que un adolescente tenía un arma blanca;
- Motivo por el cual llegaron las unidades D23 y D24 de policía institucional a cargo de PSP57 y PSP58, respectivamente, siendo la unidad D25 de la Secretaría de Seguridad primer respondiente, a cargo de PSP5.

Al lugar acudió también la unidad FC D18, quienes reportaron que hicieron contacto con PSP59, la cual señaló que siendo en la hora de la comida, un “menor” tomó un cuchillo y tres más lo siguieron, indicando que los cuatro, con cuchillos y palos, aventaron vidrios; los psicólogos trataban de controlarlos, pero no podían.

Esta Comisión entrevistó a los policías de la Secretaría de Seguridad quienes manifestaron, en esencia lo siguiente:

- **PSP5:**
 - La Central de Radio solicitó el auxilio debido a una “persona agresiva”, por lo cual acudieron a Capullos y en la entrada una encargada de seguridad les pidió esperar para controlar la situación de unos adolescentes;
 - Posteriormente, se acercó un hombre, al parecer el encargado de seguridad, quien les platicó la situación y les dio el ingreso;
 - La situación era que un adolescente había tomado un arma blanca del comedor, concretamente, un cuchillo, habiéndosele unido tres adolescentes, los cuales estaban agresivos;

- En el lugar, vieron a cuatro adolescentes: uno, que portaba el arma blanca; dos que portaban pedazos de vidrios, tubos y fierros; personas estas que estaban arrojando sillas y fierros, refiriendo que estaban inconformes con el trato que les daba el personal del DIF;
- Los encargados del DIF les dijeron que eran pacientes psiquiátricos y que no les habían podido dar su medicamento;
- Después, llegaron elementos de Fuerza Civil y Fuerza Institucional;
- La encargada de seguridad del DIF y los psicólogos lograron acercarse a los adolescentes, despojando a unos de ellos de un pedazo de vidrios y, posterior a ello, se le controló;
- Se controló a otros dos menores con un poco de forcejeo, salvaguardando su integridad física, la de terceras personas y la de ellos mismos;
- Cuando se acercaban al menor que portaba el cuchillo, este se abalanzaba, hasta que el personal del DIF logra controlar a los cuatro adolescentes y ellos les pusieron los candados (esposas) por seguridad;
- El personal del DIF les indicó que les dieran apoyo para inyectarles un tranquilizante, pidiéndoles que se quedaran hasta que hiciera efecto; y,
- Al preguntar si iban a requerir otro apoyo, el personal del DIF les dijo que ellos harían el traslado por lo que se retiraron.

Agregó que los forcejeos consistieron en lo siguiente:

- Tomarle la mano al adolescente que tenía el arma blanca;
- Al oponer resistencia, otro elemento lo tomó de brazo y otro más de la cintura en lo que le quitaron el cuchillo;
- Luego, lo pusieron de espaldas y le colocaron las esposas, motivo por el cual tuvieron que controlarlo recostado en el suelo.

- Otro adolescente no se quería dejar agarrar, forcejó con personal del DIF y un elemento de la policía municipal apoyó para ponerle los brazos hacia atrás y colocarle los ganchos de seguridad.

- **PSP6:**

- Les hicieron una llamada de reporte de persona agresiva, el cual después cambiaron a portación de arma blanca;
- Al llegar al DIF les dijeron que la persona agresiva estaba adentro, que eran cuatro “chavos”, pacientes psiquiátricos, que traían cuchillos y vidrios debido a que habían roto ventanas del comedor;
- Él les dijo que se tranquilizaran;
- Entraron al comedor y observó que estaba personal médico y las personas que trabajan en el DIF tratando de calmar a los adolescentes, quienes estaban alteradísimos y uno de ellos traía un cuchillo.
- Los otros aventaban los vidrios de las ventanas que rompieron y ellos iban poco a poco acercándose para hablarles más de cerca, pero los adolescentes se balanceaban con el cuchillo y aventaban vidrios;
- Pudo observar que estaban ensangrentados de las manos y tenían algunos rasguños en la cara;
- Les preguntó qué querían, estos refirieron:
“ya me quiero ir de aquí, nos tratan bien mal”
A lo que ellos les decían:
“tranquilícense chavos, van a ocasionar algo”.
- Una señora del DIF se acercó de más a V3 y el adolescente levantó el cuchillo como para atacarla y, en ese momento, entre cuatro elementos policiales se acercaron y le pusieron los candados;

- Les habían dicho que querían sedarlo para que se tranquilizara, motivo por el cual lo mantuvieron sentado hasta que se tranquilizó.
- Los demás adolescentes traían tenazas, un “cebollero” y les aventaban bancos y vidrios para que no se acercaran.

Agregó que:

- Uno de los elementos municipales le quito el cuchillo al adolescente y lo tiró, agarrándolo y tirándolo al piso, para luego esposarlo porque estaba manoteando, dando patadas y golpes, ya que no se dejaba que le pusieran los candados de seguridad;
- Personal del DIF les pusieron algo a los adolescentes para calmarlos, aplicado a través de una jeringa.
- Dicho personal les dijo que trasladarían a los adolescentes a Fabriles.
- **PSP8:**
 - El veintiocho de noviembre de dos mil veintiuno, se recibió un llamado de radio, indicándoles que había unos “niños” en el interior de Capullos que andaban corriendo con un cuchillo;
 - Cuando llegó, unos ya estaban detenidos y otros estaban controlados;
 - Había uno que andaba corriendo con un cuchillo, a quien lo agarraron elementos municipales, una psicóloga y un doctor;
 - Luego, lo controlaron y esposaron para que no se hiciera daño, sentándolo en una banca porque lo iban a sedar;
 - Una doctora del DIF le aplicó una inyección;
 - El DIF les pidió que esperaran a que hiciera efecto el sedante, razón por la cual permanecieron en el lugar aproximadamente media hora más y se retiraron;
 - Cuando entró vio toda el área del comedor con los vidrios rotos.

- **PSP9:**

- Observó que cuatro “chicos” andaban aventando sillas, quebrando puertas de cristal, percatándose que había muchos vidrios en el piso;
- También advirtió que una de estas personas traía un cuchillo cebollero color blanco y estaban aventando tambos de basura y pedazos grandes de cristal;
- Estaba personal del DIF, quienes no se acercaban, andaban en las orillas porque a cualquier persona que intentaba acercarse le aventaban sillas, vidrios, así como pedazos de destrozos;
- Les decían que se calmaran, que no pasaba nada, que todo iba a estar bien, que querían ayudarlos;
- Cuando el personal del DIF intentaba acercarse, quien traía el cuchillo los perseguía;
- Esta misma persona se dirigía de manera reiterada, con mucho odio, a una persona del DIF, sin que el declarante especificara el nombre de esta.
- Una mujer del DIF se acercó con el adolescente que traía el cuchillo y empezó a hablar con él;
- Los elementos policiales le habían dicho que no se acercara por seguridad, pero hizo caso omiso y siguió acercándose, la veían confiada, como que no le fuera hacer nada a ella;
- Ella lo distrajo, dando oportunidad a que se acercaron; acto seguido, lo sostuvieron, pero empezó a forcejar y manotear con el cuchillo; luego lo acostaron en el piso para quitarle el cuchillo, poniéndole los candados de seguridad por lo alterado que andaba.
- Al momento de ponerle los candados, personal del DIF se acercó y le puso un sedante; en el momento que lo tenían en el piso con los candados de seguridad le mencionaron que todo iba a estar bien, que no eran sus enemigos, que iban a ayudarlo y se tranquilizó.

- Otros elementos municipales lograron neutralizar a los otros tres “chicos”, quienes también fueron sedados.
- Escuchó que iban a trasladar a los menores de Guadalupe a Monterrey.

Agregando que:

- Para desarmar y aplicar los candados al “menor” que traía el cuchillo, fue necesario sostenerlo de los brazos, más que nada donde traía el cuchillo, lo acostaron de lado y luego hacia abajo para poder ponerle los candados con las manos hacia atrás.
- En el momento que estaba en el piso llegó una enfermera del DIF y le aplicó el sedante, inmediatamente lo levantaron y lo condujeron a la banca donde se sentó.
- Sólo forcejeó hasta que le pusieron los candados; una vez puestos estos y aplicado el sedante, ya no opuso resistencia.

De lo expuesto, se advierte que, el veintiocho de noviembre de dos mil veintiuno, elementos municipales se constituyeron en Capullos debido a un reporte que recibieron.

Cuando llegaron, constataron que las ventanas del comedor estaban quebradas, por lo cual había pedazos de vidrios tirados en el suelo, mientras cuatro adolescentes, uno con un cuchillo y otros con vidrios en las manos, estaban aventando sillas, tubos y otros objetos al personal del DIF que intentaba acercarse.

Esto se encuentra corroborado con la información remitida por la Secretaría de Seguridad del Estado, pues de las tarjetas informativas del C-5, se aprecian dos reportes relativos a una “persona agresiva” y “riña/pelea clandestina en Capullos”, desprendiéndose solicitudes de auxilio debido a que “menores psiquiátricos” estaban muy agresivos.

Lo cual es consistente con las declaraciones de los adolescentes como se advierte del siguiente resumen:

- **Ángel señaló que:**

- Estaba comiendo con V1, V2 y V3; en eso, V3 le pidió permiso al tutor para ir a la villa y luego bajó con un cuchillo;
- Después, amenazaron a los guardias, golpearon los vidrios y puertas con las manos, pies y cabeza;
- Aventaron piedras;
- **V1 expuso que:**
 - Estaba en el comedor de Capullos con PSP60, Ángel, V2 y V3;
 - Comenzaron a aventar piedras a las ventanas y puertas de comedor;
 - Amenazaron a los guardias con piedras, V2 con un cucharón y V3 con el cuchillo.
- **V2 refirió que:**
 - Ese día quebraron vidrios, agarraron piedras, golpearon las puertas y ventanas con manos, pies y cabeza, aventando lo que encontraban en ese momento;
 - Traía una cuchara grande que sacó de su villa, la cual tenía escondida y con ese objeto amenazó a los guardias: primero, a los que se encontraban en Capullos; y luego, a los policías que llegaron.
- **V3 manifestó que:**
 - Estaba con su tutor en el patio de abajo, le pidió las llaves y subió a la villa, con la ayuda de V1 agarró un cuchillo que estaba en la alacena;
 - Bajaron al patio y con Ángel, V1 y V2 tomaron piedras y rompieron vidrios;
 - El cuchillo, la mayor parte del tiempo lo tuvo V1 y cuando terminaron se lo dio, ya que él fue el de la idea.

Las conductas de los adolescentes pusieron en riesgo la integridad y seguridad personal, no sólo de las demás niñas, niños y adolescentes que se encontraban en el lugar, sino también del personal del DIF que trataba de controlar la situación, debido a que el evento se suscitó a la hora de la comida.

En ese sentido, se encuentran las declaraciones de niñas, niños y adolescentes que presenciaron la “riña”, quienes, en esencia, manifestaron lo siguiente:

- A2, de 13 años, manifestó que se asustó mucho, ya que los “niños” comenzaron a aventar piedras, quebraron vidrios y aventaron todo lo que encontraban.
- A11, de 14 años, señaló que ese día se estaban peleando en el comedor, cuando comenzaron a aventar piedras para quebrar vidrios y con la cabeza golpeaban los vidrios.
- A1, de 15 años, externó que:
 - Ángel había comenzado a aventar piedras y los demás lo siguieron, en tanto que V3 traía un cuchillo;
 - Ángel, V1, V2 y V3 comenzaron a romper las ventanas;
 - Los niños pequeños se asustaron y estuvieron llorando durante los hechos.

Los elementos policiales, al ver la situación, les pidieron a los adolescentes que se tranquilizaran y que todo iba a estar bien; sin embargo, éstos hicieron caso omiso y continuaron con las acciones descritas, razón por la cual, a fin de proteger la integridad y seguridad de las demás niñas, niños y adolescentes, del personal de Capullos, de los propios adolescentes y de ellos mismos, se vieron en la necesidad de controlar la situación.

Debido a ello, tuvieron que forcejear con los adolescentes, mediante la sujeción de brazos y aplicación de esposas, además, en el caso particular de V3, quien portaba el cuchillo, fue necesario acostarlo en el suelo boca abajo, debido a que se resistía a la aplicación de esposas.

No haberlo hecho de esa manera, hubiera implicado poner en un riesgo real e inminente la integridad de algunas personas, sean infantes, adolescentes o adultas, del servicio público o particulares.

La aplicación de las esposas a los adolescentes, en el caso que nos ocupa, representa una excepción a la regla de que a los menores no se les apliquen los candados de

seguridad, debido al contexto en que se dieron los hechos, pues la medida impuesta limita los movimientos; y la aplicación de esposas resultó adecuada debido a que esta se realizó, estrictamente, durante el tiempo necesario, hasta que se tranquilizaron y, posterior a ello, les fueron retiradas.

En las relatadas consideraciones, las medidas utilizadas fueron adecuadas y proporcionales, pues la aplicación de las esposas duró, únicamente, hasta que se tranquilizaron.

Con relación a las otras afectaciones referidas por V1 y V3, en cuanto a que los policías les pusieron el pie o la rodilla en el cuello y en el brazo, esta Comisión no cuenta con elementos, ni siquiera de manera indiciaria que hagan presumir que los elementos municipales hayan desplegado dichas conductas en su perjuicio.

Tan así que un perito médico de esta Comisión no encontró lesiones físicas cuando dictaminó a V1, V2 y V3, en tanto que las lesiones que presentó Ángel,²⁸⁴ guardan relación con la mecánica de haber golpeado objetos con las manos, pies y cabeza, incluso los policías señalaron que cuando llegaron los adolescentes presentaban lesiones.

Respecto a la denuncia de los adolescentes de haber sido amarrados o inmovilizados con cinta para su traslado, de las contestaciones del DIF se advierte que el personal de Capullos fue quien realizó esta acción, ya que si bien no refieren que hayan usado cinta para sujetarlos, aceptaron haberlos inmovilizado para llevarlos a Fabriles, sin decir de qué forma, por lo cual, se deduce fundadamente, de acuerdo con el restante material probatorio, que, esa fue la forma en que el personal de Capullos sujetó las manos y piernas de los adolescentes.

Por lo expuesto, se llega a la conclusión de que los elementos municipales actuaron conforme a la situación, salvaguardando la integridad y seguridad personal:

- De Ángel, V1, V2 y V3;
- De las demás niñas, niños y adolescentes de Capullos;

²⁸⁴ Herida superficial cortante de 0.5 centímetros de largo en: cara dorsal, tercio proximal, dedo medio mano derecha; en la cara anterior, tercio distal dedo índice y tercio medio, dedo medio de la mano derecha.

- Del personal de Capullos; y,
- De los propios elementos policiales.

Motivo por el cual no se advierte violación alguna a los derechos humanos de los adolescentes, por lo que hace a los elementos policiales municipales, ordenándose al efecto la notificación correspondiente a la Secretaría de Seguridad.

Es importante aclarar que los elementos de la Fuerza Civil y Policía Institucional, ambas de la Secretaría de Seguridad del Estado, no participaron activamente en los hechos sujetos a análisis, tan así que el propio personal de la Secretaría de Seguridad así lo señaló, al comunicar que dicho personal sólo estuvo ahí, pero que no actuaron.

5.5. Análisis en torno a la actuación del personal del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia con motivo de los traslados de los cuatros adolescentes de Capullos a Fabriles y otros lugares.

A raíz del incidente en el que los adolescentes expresaron sus inconformidades por el trato recibido:

- El mismo veintiocho de noviembre de dos mil veintiuno, personal de Capullos los trasladaron a Fabriles;
- Luego, el treinta de noviembre siguiente, V3 fue llevado a la asociación D1;
- En tanto que, el veintiocho de enero de dos mil veintidós, V2 fue trasladado e ingresado a la Clínica D3, fuera del Estado, en Orizaba, Veracruz.

Sobre el particular, debe recordarse que los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes se encuentran previstos en la Constitución Federal, en los tratados internacionales y en los demás ordenamientos normativos que resultan aplicables, especialmente, en la Convención de la Niñez, en la Ley General de “NNA” y en la Ley de “NNA” de Nuevo León, ordenamientos que los reconocen como titulares de derechos y, de manera enunciativa y no limitativa, señalan, entre otros, el derecho que tienen a vivir en condiciones de bienestar y a un desarrollo sano e integral.

Cuando personas infantes o adolescentes se encuentran total o parcialmente faltos del cuidado parental y, por tanto, se hallan en una situación especial de riesgo de verse privados de la crianza que da ese entorno, corresponde al Estado, por medio de las autoridades competentes, velar por su seguridad, bienestar y desarrollo a través del acogimiento alternativo, revisando periódicamente la idoneidad de la modalidad de acogimiento adoptada.²⁸⁵

Resulta importante señalar que la Procuraduría es la dependencia del DIF que tiene por objeto proteger y restituir los derechos de las niñas, niños y adolescentes y, en el ejercicio de sus funciones, debe solicitar el auxilio de las autoridades de los tres órdenes de gobierno, las cuales estarán obligadas a proporcionarlo.

Para la ejecución y seguimiento de las medidas de protección integral y restitución de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, la Procuraduría debe coordinarse con autoridades judiciales o administrativas o con cualquier otra que sea necesaria para garantizar sus derechos.²⁸⁶

En ese sentido, los artículos 123 de la Ley General de “NNA” y 144 de la Ley de “NNA” de NL señalan que para solicitar la protección y restitución integral de los derechos de las personas infantes y adolescentes, las Procuradurías de Protección, entre otras cosas, deben:

- Determinar, en cada caso, los derechos que se encuentran restringidos o vulnerados;
- Elaborar, bajo el principio del interés superior de la niñez, un diagnóstico sobre la situación de vulneración;
- Elaborar un plan de restitución de derechos que incluya las propuestas de medidas para su protección; y,

²⁸⁵ A/RES/64/142, Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños, Naciones Unidas, Asamblea General, Sexagésimo cuarto periodo de sesiones, veinticuatro de febrero de dos mil diez, párrafos 4 y 5.

²⁸⁶ Art. 138 de la Ley de “NNA” de NL.

- Dar seguimiento a cada una de las acciones del plan de restitución de derechos hasta que todos sus derechos se encuentren garantizados.

El artículo 37 del Reglamento Interior del DIF dispone que a la persona titular de la Dirección de Atención Integral a niñas, niños y adolescentes y la Familia, le corresponden, conforme a la fracción VI, las siguientes atribuciones:

- Vigilar la administración y operación de Centros de Atención Infantil, Centros de Atención Integral a niñas, niños y adolescentes del Estado y Albergues para personas infantes y adolescentes migrantes extranjeros no acompañados y acompañados de familia, de conformidad con la normatividad aplicable; y,
- Realizar actividades y acciones²⁸⁷ directamente o en coordinación con las demás dependencias, unidades administrativas y organismos de la Administración Pública del Estado en beneficio de las niñas, niños y adolescentes, considerando su interés superior.

En la fracción VII de dicho precepto se dispone, como otra de sus atribuciones, ejercer su guarda y custodia, previa determinación de la Procuraduría en los términos de la Ley de NNA de NL.

En ese sentido, también el artículo 34 de la Ley de Instituciones Asistenciales, dispone lo siguiente:

“Artículo 34.- Los directores, titulares o encargados de las Instituciones Asistenciales ostentarán el cuidado y la guarda de las niñas, niños y adolescentes que les hayan entregado para su cuidado temporal en forma voluntaria por quien o quienes ejerzan la patria potestad, tutela o bajo su cuidado, debiendo ejercitar las acciones correspondientes para obtener la tutela, en los términos y disposiciones aplicables.

Cuando se ingrese a una niñas, niños y adolescentes a un establecimiento de la Institución Asistencial en condición de abandono, expósito, repatriado, migrante, sujeto a asistencia social, o como víctima de delito, no podrá ser entregado a persona alguna sin que medie autorización de la autoridad judicial.

²⁸⁷ Dentro de la operación de dichos Centros.

Excepcionalmente se concederá la entrega del menor sin orden judicial a quien detente la legal custodia, y previa autorización de la Procuraduría, sólo en los casos en que el ingreso de la niña, niño o adolescente hubiere sido por solicitud voluntaria de quien tuviere la potestad legal para hacerlo, y para cuidado temporal de la Institución Asistencial.”

De lo anterior se desprende que el personal de Capullos y de la Procuraduría estaban obligados a brindarles a los adolescentes una adecuada protección integral a sus derechos, que garantizara su integridad física y psicológica desde que los tuvieron a su disposición y custodia, debiendo actuar con debida diligencia.

Ahora bien, el DIF, con relación al motivo y fundamento por el cual trasladaron a los adolescentes a Fabriles, señaló, lo siguiente:

“(…) En el análisis que se hizo ese día por el equipo multidisciplinario se determinó, que los adolescentes desarrollaron una conducta que extralimita las pautas de comportamiento sanas y libres de violencia que deben de prevalecer en el Centro Capullos, por lo que se consideró que el espacio no es adecuado para ellos ni para el resto de la comunidad, debido que las inconformidades de los adolescentes se ejercen a través de la violencia, se solicitó contar con otro espacio temporal de atención más adecuado para los adolescentes, se recomendó el traslado al Albergue Fabriles.

Las facultades conferidas tienen su apoyo con el fundamento en el artículo 5 fracción II inciso d) y 35 de Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León (...)”

Mientras que respecto a V3, quién fue ingresado a la asociación D1, la autoridad expresó²⁸⁸ lo siguiente:

288

- EXP CEDH-2021/1591/03;
- EXP CEDH-2021/1592/03;
- EXP CEDH-2021/1595/03;
- EXP CEDH-2021/1596/03;
- EXP CEDH-2021/1601/03;
- Oficio 012/DAIMF/MMMG/2021, firmado por el Director de Atención al Menor;
- EXP CEDH-2021/1601/03;
- Oficio 940/PPNIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES/VJMR/2021, firmado por la Procuradora.

“Durante la estancia del adolescente V3 en el Centro Capullos presentó conductas con falta de control de impulso y en otras ocasiones comportamiento auto regulado, sin embargo, derivado de la conducta que presentó el domingo 28 de noviembre del 2021 el equipo técnico multidisciplinario... determinó que, para salvaguardar la integridad física y emocional del adolescente en cuestión fuera ingresado a la institución denominada D1 la cual brinda una atención integral en cuanto al consumo de alcohol, adicción a las drogas, problemática conductual, atención psicológica, psiquiátrica, incluyendo al paciente en actividades, culturales y recreativas; lo anterior dado que el adolescente presenta antecedentes de uso y abuso de sustancias psicoactivas asociadas a su estado de salud físico y mental, lo cual ha desencadenado en él una actitud retardadora, hostil, altamente agresiva y de enojo, poniendo en riesgo la integridad de las personas que se encuentran en su entorno.

El 30 de noviembre del 2021 se llevó a cabo el proceso de integración del adolescente a dicho lugar.

De conformidad con el 122 fracción I inciso a), fracción VII, con relación a la fracción VI inciso b) de la Ley General de “NNA”, así como lo señalado por los artículos 60 fracciones II, XVII y XVIII y 145 fracción I inciso a) fracción XIII en relación con la fracción XII inciso a) fracción XVI de la Ley de “NNA” de NL.”

Y en cuanto al traslado de V2 a la Institución Clínica D3, en Orizaba, Veracruz, la autoridad indicó lo que a continuación se transcribe:²⁸⁹

“(...) atendiendo a los antecedentes del caso, y que el padre ha sido ausente, que la madre cuenta con capacidades diferentes, es invidente y le amputaron un pie debido a problemas de diabetes, que desde el primer reporte del adolescente a la actualidad no ha realizado algún cambio en su persona que beneficie los proyectos de su hijo, aunado a que no puede poner límites en la conducta del menor y ni apoya los proyectos con familia extensa, ya que ella es participe que V2 rompa las reglas con sus redes de apoyo y a que, por el momento, no cuenta con más redes de apoyo de familia extensa, se consideró realizar la propuesta de ingreso del adolescente V2 a la Clínica D3, en virtud de considerarse lo mejor para el adolescente (...)”

Del análisis realizado al contenido de los expedientes administrativos tramitados ante la Procuraduría,²⁹⁰ relacionados con los reportes de presunto maltrato infantil en perjuicio de

²⁸⁹ Oficio 3058/PPNNA/VJMR/2022 en el que la Procuraduría.

²⁹⁰

- Expediente administrativo D26, relativo a Ángel, acuerdo de once de noviembre de dos mil once.

los adolescentes, se advierte que dicha institución, con el equipo técnico multidisciplinario adscrito al DIF, determinó, a través del acuerdo u oficio respectivo, el ingreso provisional y resguardo de dichas personas a Capullos para salvaguardar su integridad física y emocional, a fin de que se continuara con la investigación de estos casos, que permitiera obtener un hogar seguro y estable, que propiciara su sano y adecuado desarrollo.

Incluso, a raíz del Juicio Especial sobre Pérdida de la Patria Potestad tramitado respecto de Ángel y su hermana V4, la autoridad jurisdiccional determinó que éstos permanecieran resguardados en Capullos, habiéndose decretado la suspensión del derecho que tenía la madre para ejercer su custodia y designándose como tutor interino al Director del Centro Capullos.²⁹¹

Por lo tanto, en los cuatro casos existía constancia emitida por la Procuraduría, el equipo multidisciplinario adscrito al DIF y, en el caso de Ángel, por orden judicial, que determinaba que los adolescentes debían permanecer resguardados en Capullos, por la dinámica que existía en sus familias, que los exponía a situaciones que pudieran violentar sus derechos.

Por esta razón, los adolescentes tenían años viviendo en Capullos, mientras que la Procuraduría continuaba con la investigación de sus casos. En ese sentido:

- V1 tenía cuatro reingresos en ocho años;
- V2 tres reingresos en dos años;
- V3 había permanecido por alrededor de tres años; y, finalmente,

-
- Expediente administrativo D27, relativo a V1, oficio 71/DPPNNA/SGJ/2019, de veintiséis de febrero de dos mil diecinueve.
 - Expediente administrativo D7, relacionado con V2, oficio 63/DPPNNN/CECH/2019, de dieciocho de febrero de dos mil diecinueve.
 - Expediente D28, relacionado con V3, acuerdo de veinticuatro de octubre de dos mil dieciocho.

²⁹¹ Acuerdo de cuatro de febrero de dos mil catorce. Emitido dentro del expediente D4, relativo al Juicio Especial sobre Pérdida de la Patria Potestad respecto a los menores Ángel y su hermana, tramitado ante el Juzgado Segundo Familiar del Segundo Distrito Judicial del Estado.

Cabe señalar que el diecisiete de octubre de dos mil dieciséis, se dictó sentencia favorable al Sistema y el siete de diciembre de dos mil dieciséis, se acuerda ejecutoria para todos los efectos legales a que haya lugar.

- Ángel permaneció en Capullos por diez años.

También se destaca que en Capullos se encontraba V4, hermana de Ángel, lo que resulta relevante ya que del contenido del expediente administrativo se advierte que el propio personal de dicho Centro señaló que:

- Existía un vínculo muy fuerte de hermanos;
- Al separarlos se angustiaban, reflejándose más en Ángel, ya que su hermana lo protegía de otros infantes y adolescentes e intervenía con las personas adultas;
- Se tenía la recomendación de que continuaran juntos el proceso de adopción por el fuerte vínculo que existía entre ellos.²⁹²

Recomendaciones que resultan congruentes con las pautas contenidas en las “Directrices de la ONU sobre las Modalidades Alternativas de Cuidado de los Niños”, las cuales disponen que:

- Los hermanos que mantienen vínculos fraternos, en principio, no deben separarse para confiarlos a distintos entornos de acogimiento alternativo;
- Salvo que exista un riesgo evidente de abuso u otra justificación que responda al interés superior de las personas infantes o adolescentes; y,
- En todo caso, habría que hacer todo lo posible para que hermanas y/o hermanos puedan mantener contacto entre sí, a no ser que ello fuera contrario a sus deseos o intereses.

Recomendaciones que no fueron acatadas por el personal del DIF, ni la Procuraduría, dado que sin tener en consideración lo expuesto, Ángel fue trasladado de Capullos a Fabriles, quebrantándose, de esta manera, el único vínculo que tenía el adolescente con la única familia que tenía, que era precisamente su hermana, vulnerándose de esta manera, sin que existiera razón, ni fundamento alguno, su derecho a vivir en familia.

²⁹² Ficha informativa fechada el diez de septiembre de dos mil diecinueve, elaborada por personal del DIF.

Además, no tiene sustento legal el argumento con el que la Procuraduría y la Dirección de Atención Integral al Menor y la Familia del DIF trataron de justificar el traslado de los adolescentes, pues -desde su punto de vista- el mismo veintiocho de noviembre de dos mil veintiuno, en que ocurrió el incidente, el equipo multidisciplinario estimó que su conducta extralimitó el comportamiento que debe de prevalecer en Capullos, considerando que ese espacio ya no era adecuado para ellos, por lo que determinaron trasladarlos ese mismo día a Fabriles.

Dos días después, el treinta de noviembre de dos mil veintiuno, decidieron ingresar a V3 a la asociación D1 debido a sus antecedentes de uso y abuso de sustancias psicoactivas.

Sin embargo, de las constancias que integran los expedientes administrativos de los adolescentes, no se advierte ningún documento que demuestre que personal de la Procuraduría y el equipo técnico multidisciplinario adscrito al DIF:

- Se hubiesen reunido los días veintiocho y treinta de noviembre de dos mil veintiuno;
- Que hayan evaluado el incidente ocurrido;
- Que exista alguna determinación, debidamente fundada y motivada, que justificara el debido traslado de los adolescentes a Fabriles y a una institución privada, los días veintiocho y treinta de noviembre de dos mil veintiuno.
- Que se hubiese realizado un ejercicio de ponderación sobre los beneficios y perjuicios de trasladarlos a Fabriles y, en su caso, cuales de ellos tenían mayor peso.

No obra constancia alguna, en los expedientes de que los adolescentes, que hayan ingresado a Fabriles y a la nombrada institución, sino sólo existen notas contenidas en documentos en fechas posteriores, en los que se advierte que ahí se encontraban, irregularidad administrativa que resulta trascendente porque permite advertir que en tales expedientes no se plasmaba lo que acontecía.

Mucho menos se desprende la elaboración, para el veintiocho de noviembre de dos mil veintiuno,²⁹³ en que fueron trasladados a Fabriles,²⁹⁴ del diagnóstico en el que identificara:

Cada derecho vulnerado o restringido, con su debida justificación jurídica y el razonamiento para definir cada medida de protección especial que se debía incluir en el Plan de Restitución de cada uno de los adolescentes, como lo dispone de manera obligada la Ley General de “NNA” y Ley de niñas, niños y adolescentes de NL, así como conforme a las pautas de la UNICEF²⁹⁵ y el Sistema Nacional DIF,²⁹⁶ que aunque no son obligatorias, son valiosamente orientadoras y constituyen una herramienta metodológica diseñada para dotar de protección y restitución de los derechos de la infancia y adolescencia.

Aunado a las propias manifestaciones expuestas por los adolescentes ante personal de esta Comisión, en las que refirieron que, una vez concluido el incidente, personal de Capullos los trasladó, ese mismo día, amarrados de pies y manos a Fabriles, por lo que, evidentemente, no existió tiempo para que se haya reunido personal de la Procuraduría y del equipo multidisciplinario, para emitir una determinación con base en su interés superior; todo lo cual permite concluir que la decisión fue arbitraria, tomada como castigo ante los hechos en el que los adolescentes alzaron la voz, debido a las inconformidades externadas en contra del mal trato que dijeron haber recibido del personal de Capullos.

Ahora bien, con respecto a los siguientes traslados que se efectuaron tanto de V3, como de V2, posterior a su ingreso a Fabriles a otras instituciones, se tiene que:

- Del expediente D28, tramitado en cuanto a V3: tampoco se desprende resolución emitida por la Procuraduría con el equipo técnico multidisciplinario en la que se haya determinado su egreso de Fabriles, para ser ingresado a la asociación D1, pues únicamente obra una nota informativa emitida por personal de dicho equipo en el que

²⁹³ En que fueron trasladados a Fabriles.

²⁹⁴ Bajo el principio del interés superior de la adolescencia.

²⁹⁵ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

²⁹⁶ “Guía Práctica para la protección y restitución de derechos de niñas, niños y adolescentes. Procedimiento”, elaborado por la Oficina de Defensoría de los Derechos de la Infancia, con la coordinación de Oficial Nacional de Protección de la Niñez de UNICEF México, agosto, 2016, p. 57

sugirió su ingreso en ese lugar,²⁹⁷ así como un oficio de la Delegada de la Procuraduría donde informó sobre ese traslado.²⁹⁸

- Del expediente administrativo D7, iniciado respecto de V2: se observa una resolución fechada el veintiocho de enero del dos mil veintidós, que contiene un Plan de Restitución de Derechos de dicho adolescente, determinando su egreso de Capullos, a pesar de que se encontraba en Fabriles, a fin de realizar su traslado e ingreso a la Institución Clínica D3, en Orizaba, Veracruz, como mejor proyecto de vida, señalándose que dicha persona:

“no cuenta con ningún proyecto de reintegración a nivel familiar, siendo la única fuente cercana de manera afectiva su madre sin embargo dada su discapacidad motriz y visual no es factible en este momento a que ella no cuenta con redes de apoyo”.

Este fue el motivo aducido por la autoridad para que V2 fuera llevado fuera del Estado de Nuevo León, lugar en donde justamente se encuentra su madre, quien es su única fuente afectiva cercana y que presenta condiciones de discapacidad, dificultando que dicho adolescente esté en contacto con ese familiar y reciba visitas, contraviniendo flagrantemente el artículo 14, fracción IV, de la Ley de Instituciones Asistenciales que tienen bajo su Guarda Custodia o ambas a niñas, niños y adolescentes en el Estado de Nuevo León.

Además, del expediente administrativo de V2 no se desprende la autorización judicial que se requería para trasladarlo a otra entidad federativa, sin que se actualizara tampoco el supuesto normativo consistente en que el adolescente cambiara de residencia fuera del Estado de Nuevo León, como lo contempla el artículo 14, fracción XVI, de la Ley de Instituciones Asistenciales de NL, que a la letra dice:

“Artículo 14.- Son obligaciones de las Instituciones Asistenciales las siguientes:(...)

²⁹⁷ Nota informativa fechada el veintinueve de noviembre de dos mil veintiuno.

²⁹⁸ OFICIO 698/PPNIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES/JLMA/2021 dirigido al Subdirector del Centro de Atención a Menores del DIF.

XVI. Solicitar y en su caso obtener de la autoridad judicial competente la autorización para el traslado a otra entidad federativa o al extranjero de cualquier niña, niño o adolescente ingresado, salvo la excepción contemplada en el Artículo 35 de esta Ley.

De igual manera, se observará el mismo trámite referido en el párrafo anterior cuando el motivo del traslado de la niña, niño o adolescente sea el cambio de domicilio o residencia del menor, ya sea dentro o fuera de la entidad.

En todos los supuestos contemplados en esta fracción se deberá remitir en un plazo no mayor de tres días hábiles, copia de la solicitud y de la resolución respectiva a la Procuraduría.”

Aunado a lo anterior, tampoco hay evidencia que acredite que el personal de la Procuraduría y del equipo multidisciplinario hayan efectuado alguna acción para verificar que Fabriles, así como al Centro de Rehabilitación D1 e Institución Clínica D3 contaran con las condiciones adecuadas para atender las necesidades específicas que presentaban cada uno de los adolescentes y que su remisión fuera viable y adecuada para garantizarles su derecho al pleno desarrollo, menos aún existe evidencia de que dichas instituciones privadas cuenten con la licencia que acredite la certificación de formar parte del Registro Estatal de Instituciones Asistenciales.²⁹⁹

Máxime que no existe fundamento en la legislación de la materia del cual se pudiera desprender que los adolescentes pudieran egresar de un CAI, como Capullos, donde tenían su guarda y custodia, para ser ingresados a un albergue que está destinado a personas infantiles y adolescentes migrantes, así como a instituciones respecto de las cuales se desconoce su naturaleza, incluso fuera del Estado de Nuevo León.

Ello, en contravención a la obligación de la autoridad de contar con las instalaciones y el personal adecuado para garantizar la seguridad integral de las niñas, niños y adolescentes ingresados, así como proporcionarles la protección, atención y cuidado que sean necesarios para su bienestar, atento a lo dispuesto en el artículo 14, fracciones VI y XII, de la Ley de Instituciones Asistenciales.

En ese sentido, destaca el contenido del artículo 82, de la Ley General de niñas, niños y adolescentes, que dispone que las personas infantiles y adolescentes gozan de los

²⁹⁹ Art. 18 de la Ley de Instituciones Asistenciales.

derechos y garantías de seguridad jurídica y debido proceso establecidos en la Constitución Federal y en los tratados internacionales.

Además, resulta importante dejar asentado que el artículo 2 de la Ley General de niñas, niños y adolescentes, establece que, para garantizar la protección de sus derechos, las autoridades realizarán las acciones y tomarán medidas, teniendo en cuenta la opinión y considerando los aspectos culturales, éticos, afectivos, educativos y de salud de dichas personas, en todos aquellos asuntos de su incumbencia, de acuerdo con su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez.

El interés superior de la infancia y adolescencia debe ser considerado de manera primordial en la toma de decisiones sobre una cuestión debatida que involucre a niñas, niños y adolescentes.

Además, cuando se tome una decisión que los afecte, en lo individual o colectivo, se deben evaluar y ponderar las posibles repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior y sus garantías procesales, lo cual tampoco sucedió en el presente caso, puesto que nunca fueron escuchadas las opiniones de los adolescentes, ni fueron tomados en consideración otros aspectos, como las relaciones afectivas con que contaban en el lugar, como el fuerte vínculo que existía entre Ángel y su hermana en Capullos, así como que V2, únicamente, cuenta con su madre como fuente afectiva cercana, la cual presenta condiciones de discapacidad, dificultando el contacto físico y afectivo, así como la posibilidad de que su progenitora pudiera visitarlo.

Por su parte, la SCJN ha determinado que las decisiones particulares adoptadas por las autoridades administrativas en esferas relativas a la educación, cuidado, salud, medio ambiente, condiciones de vida, protección, asilo, inmigración y acceso a la nacionalidad, entre otras, deben evaluarse en función del interés superior del infante o adolescente y deben estar guiadas por él, al igual que todas las medidas de aplicación, ya que la consideración de su interés superior, como algo primordial, requiere tomar conciencia de la importancia de sus intereses en todas las medidas y tener la voluntad de dar prioridad

a esos intereses en todas las circunstancias, pero, sobre todo, cuando las medidas tengan efectos indiscutibles en las personas infantiles o adolescentes.³⁰⁰

Deber que se encuentra establecido en el documento “Directrices de la ONU sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños”, el cual refiere que los Estados, por medio de sus autoridades competentes, deben velar porque:

“el alojamiento de los niños en acogimiento alternativo, y la supervisión de esas modalidades de acogimiento, permitan la protección efectiva de los niños contra los abusos”

Agregando que es preciso:

“prestar una atención especial a la edad y el grado de madurez y de vulnerabilidad de cada niño al determinar la modalidad de convivencia que más le convenga. Las medidas encaminadas a proteger a los niños en acogimiento deberían ser conformes a la ley y no deberían implicar limitaciones poco razonables de su libertad y comportamiento en comparación con los niños de edad similar en su comunidad.”

Por lo anterior, esta Comisión advierte la falta de cuidado, supervisión y debida diligencia del personal del DIF y de la Procuraduría, quienes no garantizaron la protección integral de los derechos de los cuatro adolescentes, al haberlos egresado de Capullos e ingresarlos a Fabriles y a otras instituciones privadas, omisión que, posteriormente, deviniera en el lamentable fallecimiento de Ángel en las instalaciones de este último albergue, como se detallará más adelante.

Además, dadas las particularidades que se ha dado cuenta en el punto que nos ocupa, se tiene que el DIF:

- Paso por alto al vínculo estrecho de Ángel y V4;
- Rompió de tajo la continua y permanente convivencia de Ángel y V4;
- Dificultó la convivencia entre Ángel y V4;

³⁰⁰ Tesis Aislada (Constitucional) 2a. CXLI/2016 (10a.), de rubro “DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. EL INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR SE ERIGE COMO LA CONSIDERACIÓN PRIMORDIAL QUE DEBE DE ATENDERSE EN CUALQUIER DECISIÓN QUE LES AFECTA.”, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 38, enero de 2017, Tomo I, página 792, registro: 2013385.

- No ponderó el traslado de Ángel en atención al interés superior de la infancia y la adolescencia;
- No se tomó en cuenta la opinión de Ángel y 4 para efectuar el traslado;
- No estableció una cronología de convivencia entre Ángel y V4 para que se llevara a cabo de la forma en que se había estado realizando;
- No tomó en cuenta que V2 tiene a su madre en el Estado de Nuevo León;
- Que V5, visita a su hijo V2 de manera constante;
- Que V5 es la única fuente cercana afectiva a V2;
- No aclaró porque era mejor para V2 alejarse de su mamá V5, su única fuente cercana afectiva;
- Dio más peso a que V5 tiene una discapacidad al hecho de que acude de manera constante a ver a su hijo V2;
- No estableció un programa de convivencia entre V2 y su madre V5; y,
- No refirió la forma en la cual iba a dar cumplimiento a su deber de cuidar, respetar, proteger y garantizar los derechos de V2, pues si bien esta en la Institución Clínica D3 eso no extingue en ninguna forma sus obligaciones.

Lo expuesto reafirma la obligación de las autoridades para que en todas y cada de sus actuaciones relacionadas con niñas, niños y adolescentes se debe tomar en consideración la opinión de estos, además el entorno afectivo debido a la representación anímica y de bienestar que este representa en su sano desarrollo y en la mejora de su calidad de vida.

Para dar eficacia material, la autoridad, debe, en todo momento, evitar la imposición de una carga adicional a las niñas, niños y adolescentes o a sus familiares,³⁰¹ pues

³⁰¹ Siendo esta la excepcionalidad en su actuar, para lo cual, deberá de tomarse en cuenta la opinión de las niñas, niños y adolescentes y de sus familiares, creando de manera conjunta la medida, propuesta o solución, sin que en ningún momento se impongan o acepten condiciones que atenten contra el interés superior de la infancia y de la adolescencia y, en general contra la dignidad humana o la renuncia a derechos.

recordemos que la reinserción de la infancia y adolescencia en su núcleo familiar es uno de los fines perseguidos por la asistencia social del Estado.

Por ello, esta Comisión concluye que, el DIF vulneró el derecho de Ángel, V2, V4 y V5 a vivir en familia, constituyendo esta una forma de transgresión de su derecho a una vida libre de violencia, situación la cual, en vía de consecuencia, en un alto grado de posibilidad pudo constituir, además, una afectación en su integridad física y/o psicológica debido a la abrupta y tajante separación de sus únicos vínculos afectivos cercanos, sumado al hecho de que, la convivencia con éstos son dependientes de un factor externo a su voluntad.

5.6. Análisis relacionado con la atención médica proporcionada a Ángel Manuel Moreno durante su estancia en Capullos y Fabriles; y si los medicamentos eran o no adecuados

El Estado a través de las autoridades, tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias tendentes a eficientizar el respeto, prevención, protección y garantía a los derechos humanos de todas las personas, máxime cuando se trate de grupos de atención prioritaria como son las niñas, niños y adolescentes.

En el caso que nos ocupa, el DIF tiene una obligación reforzada debido a que en Ángel convergían diversas vulnerabilidades:

- Era un menor de edad que merecía la protección más amplia del Estado, en atención al interés superior de la infancia y adolescencia;
- Su ingreso al se debió a la falla de su núcleo familiar, por abandono, riesgo y negligencia;
- Presentaba, según el informe de la autoridad, un estado de salud que requería un tratamiento de medicamentos de uso controlado y;
- Tenía una condición de discapacidad.

Es importante mencionar que, la autoridad está sujeta al marco normativo que rige su ejercicio, de allí que, esta debe de cumplir estrictamente con sus obligaciones, lo cual implica el deber del Estado irrestricto a documentar sus actuaciones, pues ello representa, en la balanza, la contraposición de Ángel como sujeto de derechos.

Lo anterior, es también una salvaguarda para el acceso y disfrute a los derechos humanos de Ángel debido a que, al existir un registro donde consten todas y cada de las acciones realizadas por la autoridad, permite conocer la forma y términos en que la autoridad obligada garantiza el acceso a sus derechos, sin mencionar que, por otro lado, constituye un medio por el cual el DIF pueda acreditar que sus actuaciones están apegadas al marco jurídico que lo regula.

El DIF comunicó que, Ángel ingresó a Capullos el veintiocho de octubre de dos mil once y padecía trastorno por déficit de atención e hiperactividad, discapacidad intelectual con trastornos en la atención, las funciones ejecutivas y la memoria, agnosia auditiva y espacial, que interfería con el aprendizaje escolar y la interacción interpersonal.

Además, que como tratamiento se le suministraban valproato de magnesio, metilfenidato, risperidona y tenía consultas periódicas en el Departamento de Paidopsiquiatría del HU.

Sobre el particular, debe indicarse que, en diversos documentos remitidos por el DIF, se aprecia que, cuando Ángel ingresó a Capullos, se hace referencia a diverso estado de salud, el cual es variables con el avanzar del tiempo; es decir, el padecimiento atribuido fue cambiando, así como el personal que lo atendía.

Debe mencionarse que, de las documentales acompañadas por el DIF se advierte que, el tratamiento de Ángel era con una periodicidad diaria.

Al tomar en cuenta que, Ángel se encontraba institucionalizado bajo la guarda y custodia del DIF, la satisfacción de sus necesidades dependía de esa autoridad, la cual debe de garantizarle la protección de sus derechos humanos, buscando su bienestar y su desarrollo.

El acceso a la atención médica constituye una garantía de respeto y protección del derecho a la salud, el cual debe interpretarse de la manera más favorable a la persona, de ahí que, Ángel tenía derecho y el DIF la obligación de proteger y garantizarle dicho acceso al más alto nivel posible, desde nivel piso techo.

La atención médica tiene que ser de calidad, lo cual implica que el personal cuidador destacadamente el encargado de proteger y garantizar la integridad personal y la salud, para lo cual deben de contar con las aptitudes y herramientas profesionales requeridas

para atender las particularidades que se puedan presentar, incluyendo la vocación de servicio para facilitar y permitir el acceso a la protección más amplia posible.

Retomando la obligación que tienen las autoridades de ceñirse al marco jurídico que las regula, se recalca el deber a registrar sus actuaciones, pues van de la mano, implicando el ejercicio de una también el de la otra, pues como ha se hecho alusión, es una garantía doble, primeramente, de respetar, proteger y garantizar los derechos de las personas y seguidamente acredita el cumplimiento de sus deberes acorde a su normativa.

Con relación a la obligación irrestricta del DIF de contar con un registro que permita conocer si dio cumplimiento al pie de la letra con el tratamiento recetado a Ángel, en sus contestaciones señaló que, dicho control era mediante un “Kardex”, para mayor facilidad y no tener allí el expediente completo.

Lo anterior supondría que, si las documentales para acreditar que la autoridad ha dado cumplimiento a sus obligaciones no obran en el expediente, tendrían que estar en el Kardex; sin embargo, no se encontraron datos que sustentaran una versión en ese sentido.

Al respecto, para estar en posibilidad de emitir un pronunciamiento en atención al presente punto, se requirió una opinión técnico-médica al CAV, remitiendo para tal efecto las documentales del expediente, siendo el caso que, de la experticia emitida por perito médico de esta Comisión, se advierte, en esencia, lo siguiente:

Con Respecto al Expediente Clínico

Norma Oficial Mexicana de Expediente Clínico NOM-004-SSA3-2012 (Secretaría de Salud , 2012)

Generalidades

Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:

- Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece;
- En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario;
- Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente; y
- Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

El médico, así como otros profesionales o personal técnico que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir las disposiciones de esta norma, en forma ética y profesional.

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.

Por lo anterior, por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

[...] Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.

Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado

[...]Del expediente clínico en consulta general y de especialidad

Deberá contar con:

1. Historia Clínica: Deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberá tener, en el orden señalado, los apartados siguientes:
 - a. Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.12 de esta norma) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas;
 - b. Exploración física. - Deberá tener como mínimo: Habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud;
 - c. Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros;
 - d. Diagnósticos o problemas clínicos;
 - e. Pronóstico;
 - f. Indicación terapéutica.

2. Nota de evolución: Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:
 - a. Evolución y actualización del cuadro clínico (en su caso, incluir abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);
 - b. Signos vitales, según se considere necesario.
 - c. Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente;
 - d. Diagnósticos o problemas clínicos;
 - e. Pronóstico;
 - f. Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.

3. Nota de Interconsulta: La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La nota deberá elaborarla el médico consultado y deberá contar con:
 - a. Criterios diagnósticos;
 - b. Plan de estudios;
 - c. Sugerencias diagnósticas y tratamiento

CONCLUSIONES

Considerando la petición de emitir una opinión técnica médica en la que se revisen las constancias que obran en el expediente CEDH-2022/0175/01, y tomando en cuenta la fundamentación teórica mencionada con anterioridad, se responden los puntos petitorios señalados en el oficio CEDHNL/2VG/5498/2023:

1. **Si el adolescente AMM contaba con un diagnóstico por algún trastorno, y en su caso, si el tratamiento proporcionado fue el correcto o no:**

AMM comenzó su cuidado por el DIF a los 4 años de edad, a su ingreso recibió un diagnóstico de “Hiperactividad e Impulsividad”, mismo que le fue tratado con un medicamento antipsicótico, risperidona (Risperidal) y Vitamina E el 11 de noviembre del 2011. Este diagnóstico fue cambiando con el tiempo, pero es importante aclarar que, en ningún momento se localizan constancias o documentales que sustenten la determinación del diagnóstico y su supervisión integral, ni tampoco una narrativa descriptiva específica del motivo por el cual fue asignado ese o los demás diagnósticos al menor.

Al momento de su fallecimiento, Ángel tenía los diagnósticos de: *Depresión, trastorno de apego reactivo y crisis epilépticas de etiología a determinar* (en sus notas médicas) y *trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*, síntomas de *estrés postraumático, trastorno depresivo persistente, discapacidad intelectual y crisis epilépticas* (en el informe del día 22 de marzo de 2022), mismos que fueron tratados con: Valproato de Magnesio, Risperidona, Fluoxetina y Olanzapina, fármacos que fueron agregados a su esquema sin un monitoreo de sus niveles séricos ni justificación por parte de algún especialista. Cabe destacar que, en las documentales contenidas en el expediente en estudio, se encuentran únicamente notas de evolución de la institución y los médicos de la misma, aunque se hiciera referencia de interconsultas por terceros.

Conforme el paso del tiempo durante su estancia en la institución, le fueron suministrados medicamentos que fueron introducidos y posteriormente, suspendidos, entre los que se señalan: *metilfenidato* en su versión regular y de liberación prolongada, y la suspensión de *risperidona* desde el año 2012. No obstante, no se tomó en cuenta la nota de su suspensión, ya que siguió siendo administrado al menor por el resto de su estancia en el albergue DIF.

Ante tales circunstancias, es importante considerar que los diagnósticos establecidos para AMM son inespecíficos y variables, no cuentan con seguimiento de especialistas de las áreas indicadas, por esto mismo, las indicaciones medicamentosas son de igual forma, inespecíficas y variables.

Con respecto a la epilepsia en estudio, está indicado el *Valproato de Magnesio*, en caso de la depresión está indicada la *Fluoxetina* y en caso del TDAH el *Metilfenidato* (suspendido en 2021), **considerándose un tratamiento correcto.**

Ahora bien, vinculado a los diagnósticos de discapacidad, estrés postraumático y discapacidad intelectual, no se localizó una descripción dentro de los documentales que contuviera algún plan terapéutico, asimismo, no se encontraron constancias que sustenten la indicación de *Risperidona* y *Olanzapina*. **En consecuencia, a tales circunstancias, su administración la considero como incorrectas o inadecuadas.**

2. Si la atención médica, psicológica, psiquiátrica y/o de cualquier otra índole brindada al adolescente AMM durante el tiempo que estuvo albergando el DIF fue la correcta o no

En coincidencia al punto anterior, es oportuno mencionar que las intervenciones terapéuticas del menor en su tiempo albergado en el DIF están documentadas de manera insuficiente. En consecuencia, con base en las notas de evolución médica, recetas y dichos del personal proveedor de salud, tengo a bien exponer lo siguiente:

- El personal médico encargado del menor fue variable en los 11 años de estancia en la institución, justificándolo en el informe rendido con fecha del 22 de febrero de 2022: *“su diagnóstico era trastorno de déficit de atención con hiperactividad, síntomas de estrés postraumático, trastorno depresivo persistente, discapacidad intelectual y crisis epilépticas; cabe aclarar que durante el mes de diciembre de 2020 y enero del 2021, el adolescente fue atendido por personal médico que se incorporó al sistema DIF cuyas especialidades son la paidopsiquiatría y neurología, los cuales reclasificaron el diagnóstico que hasta la fecha le habían atribuido, por parte de los médicos que trataron al adolescente durante todos los años que estuvo ingresado en el Centro de Atención a Niñas, Niños y Adolescentes”.*

Considerando que su estancia comenzó en el año 2011, con un diagnóstico de “trastorno de lenguaje” e “hiperactividad e impulsividad”, asignado por el pediatra que realizó su historia clínica de ingreso, tuvo un seguimiento inadecuado con notas de evolución sin diagnóstico específico y con múltiples modificaciones de las dosis terapéuticas del antipsicótico indicado, mismo que hasta este momento no tenía indicación médica especializada al no tener un diagnóstico de psicosis o trastorno psicótico para justificarlo.

Posteriormente, a partir del año 2020, AMM fue atendido por personal médico diverso que cambió sus diagnósticos a discapacidad intelectual y TDAH. Al respecto, se localizaron múltiples notas firmadas por distinto personal de salud, entre ellos, médicos pasantes de servicio social, pediatras y personal de enfermería, quienes hicieron modificaciones en su tratamiento y diagnósticos, sin documentar las causas específicas y sin acreditarse contar con los elementos suficientes para un adecuado ajuste del mismo. **Así, puedo concluir que la intervención de diferentes personas, por la falta de comunicación y alcances concretos, no funcionó como un equipo multidisciplinario.**

Subsecuentemente, en julio del año 2020 se le comenzó a administrar *Zyprexa*, es decir, *Olanzapina* en forma de “medicamento de rescate”, cuando el menor presentaba crisis de ansiedad, agresividad o irritabilidad. Sin embargo, este fármaco no se encuentra indicado para ninguno de los diagnósticos, según la bibliografía previamente citada, “*La olanzapina es un antipsicótico atípico con estructura tienobenzodiazepínica que se emplea para el tratamiento eficaz de esquizofrenia*”⁷, y AMM no contaba con un diagnóstico de esquizofrenia.

En razón de lo anterior, para hacer una correcta evaluación de la atención médica brindada a AMM por parte del DIF, tendría que haber un expediente clínico completo, legible y accesible, que cumpliera con los elementos previstos por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico⁸, la cual establece que debe de contener una historia clínica completa, citado previamente en este documento. No obstante, contrario a esto, la única cronología clínica que se encuentra dentro de este expediente tiene fecha del año 2011 y carece de “*Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros*”⁹ necesarios, en este caso, para elaborar un correcto diagnóstico que determine con base científica un trastorno de lenguaje o discapacidad intelectual.

En las notas de evolución, según la NOM previamente citada, se requiere que se incluya lo siguiente:

⁷ PLM Latinoamérica. (2018). *Olanzapina*. Obtenido de PLM:

https://www.medicamentosplm.com/Home/productos/olanzapina_tabletas/2655/101/52541/210

⁸ Secretaría de Salud . (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico*

Obtenido de Diario Oficial de la Federación 15-10-2012:

https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5280848#:~:text=Esta%20norma%20tiene%20por%20objeto,divulgar%20la%20informaci%C3%B3n%20en%20Salud.

⁹ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico

- *Elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente.*
- *Describir la evolución y actualización del cuadro clínico, signos vitales, resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente; diagnósticos o problemas clínicos; pronóstico; tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.*

No obstante, las notas del expediente clínico que nos ocupa no contienen la información completa requerida, omitiendo en su mayoría la evolución y actualización del cuadro clínico, diagnósticos o problemas clínicos y en ninguna se agregan los signos vitales ni el pronóstico. Encontrándose, únicamente notas que en su totalidad solo establecen “*Se refiere en estado ansioso y agresivo, se decide brindar manejo médico*”, por ejemplo, en la nota del 28 de noviembre de 2020, previamente citada.

De esta manera, cuento con elementos para opinar que la atención médica brindada por el DIF al menor identificado como AMM durante su estancia fue la incorrecta.

De la experticia del CAV se tiene que, las notas del expediente clínico deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado, para lo cual, los establecimientos públicos, sociales y privados, serán responsables de que el área médica, otros profesionales, personal técnico y cualquier otra persona que preste sus servicios en los mismos e intervenga en la atención del paciente, realicen el llenado correspondiente, respecto del cumplimiento de esa obligación.

Además, que todas las notas en el expediente clínico deberán contener la fecha, hora, nombre completo de quien lo elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso.

En sus conclusiones, se señala, entre otras, que:

- No se localizaron las documentales para sustentar lo informado con relación a los diagnósticos ni de su supervisión integral, ni tampoco una narrativa descriptiva específica del motivo por el cual fueron asignados esos diagnósticos.
- En 2012 se le suspendió un medicamento a Ángel; sin embargo, éste se le siguió suministrando por el resto de su estancia en el DIF.

- Los diagnósticos establecidos para Ángel son inespecíficos y variables, no cuentan con seguimiento de especialistas de las áreas indicadas, por eso, las indicaciones medicamentosas son de igual forma, inespecíficas e invariables.
- Con relación a los diagnósticos de discapacidad, estrés postraumático y discapacidad intelectual, no se localizó descripción de plan terapéutico, del mismo modo, respecto a la indicación de risperidona y olanzapina.
- Por lo expuesto, considera la suministración como incorrectas o inadecuadas.

Agrega que, para hacer una correcta evaluación de la atención médica brindada, tendría que haber un expediente clínico completo, legible y accesible, pero las intervenciones terapéuticas de Ángel durante el tiempo que estuvo albergado en el DIF están documentadas de manera insuficiente, aclarando que, las notas del expediente clínico no contienen la información requerida, contando de esa manera, con elementos para opinar que la atención brindada por el DIF a Ángel durante su estancia fue la incorrecta.

De lo expuesto, se tiene que, no obra sustento documental con relación a todos los diagnósticos atribuidos a Ángel, tampoco hubo un seguimiento adecuado por los especialistas correspondientes, teniendo como consecuencia, una medicación de igual forma incorrecta, todo esto vulnera en demasía el derecho de Ángel de acceder a la salud al más alto nivel posible.

Además, se evidencia el incumplimiento del DIF a sus obligaciones, no sólo de documentar sus actuaciones, sino, de manera primordial la falta a su deber de respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de Ángel, destacadamente a la salud, a la integridad y seguridad personal.

Sobre el particular debe indicarse que, es apreciable a simple vista una variación en las firmas que aparecen en las constancias del expediente clínico de Ángel, situación la cual, aunado a lo expuesto, cobra especial relevancia, dado que hace presumir, al menos de manera indiciaria, que algunas de las notas médicas pudieron no haber sido suscritas por quien aparece como signante al calce de éstas.

Lo anterior, repercute en consecuencia, en el derecho de acceso a la salud de Ángel a una atención de calidad, debido a la falta de certeza de que la persona que lo atendía y/o

determinaba el suministró de su medicación, realmente contara con las credenciales y el conocimiento necesarios para tomar esa clase de decisiones, lo cual, en determinado momento pudiera constituir un riesgo no sólo a la integridad física sino también a la vida.

Por otro lado, también se solicitó una opinión psicológica al CAV, para lo cual, se remitieron de igual forma, las constancias del expediente, emitiéndose el respecto, la opinión técnica psicológica con folio SP-OP/02-2023, en la cual, el especialista refiere lo siguiente:

4.- CONCLUSIONES

Considerando la petición de emitir una opinión técnica psicológica en la que se revisen las constancias que obran en el expediente de queja CEDH-2022/1418/01, y considerando la fundamentación teórica mencionada con anterioridad, me encuentro en las circunstancias de responder los puntos petitorios señalados en el oficio CEDHNL/2VG/5498/2023:

4.1 Si el adolescente AMM contaba un diagnóstico por algún trastorno y, en su caso, si el tratamiento proporcionado fue correcto o no.

El adolescente se encontraba diagnosticado, según las constancias que obran en el expediente, con:

- Discapacidad intelectual
- Trastorno depresivo persistente



- Trastorno de apego reactivo
- Trastorno de estrés postraumático

Como se puede observar en la fundamentación teórica, cada uno de los diagnósticos con los que contaba el adolescente se interrelacionan y poseen como criterio o punto de partida en común la condición de vulnerabilidad respecto a la negligencia, el abandono y la no escolarización. Sin embargo, es destacable que dentro del expediente de queja¹⁹ no se observaron notas sobre la atención psicológica recibida por AMM desde la fecha de su ingreso, así como los diversos estudios médicos y psicológicos que apoyen y sustenten dichos diagnósticos, puesto que estos fueron emitidos desde el año 2011 y mantenidos hasta su muerte, sin que se observe un pronóstico o evolución de los mismos, que son cruciales para un establecimiento adecuado del plan de acción, por tanto:

- Las pruebas de estandarización correspondiente al coeficiente intelectual (CI) son insuficientes para emitir diagnóstico de trastorno del desarrollo intelectual, puesto que debe considerarse el funcionamiento adaptativo del individuo tomando en cuenta su contexto sociocultural y basado en el nivel apoyo requerido, además del dominio²⁰ que posee a nivel conceptual, social y práctico.
- El diagnóstico de discapacidad intelectual mencionado por la institución evaluada no cuenta con escala de gravedad, la cual es importante para la elaboración de un plan de acción integral que permita adecuarse a las necesidades individuales de la persona.
- No se encontraron documentales con antecedentes de evaluación neuropsicológica y/o psicológica cruciales para la identificación de áreas de fortaleza y debilidades, que son factores importantes para diseñar una adecuada planificación académica.
- Existe antecedente de un proyecto de vida basado a partir de su adopción, sin embargo, no se menciona la existencia de alguno previo a ello considerando su institucionalización.

La medicalización de las infancias forma parte de una respuesta institucional clásica que deja de lado a la subjetivación de la niñez²¹, la manera en que se vinculan con otras personas y la adaptación a su medio circundante evita repensar en nuevas estrategias de abordaje centradas en la posibilidad de aumentar la calidad de vida. El posicionamiento adultocentrista y medicocentrista de la infancia implica lanzar una mirada que moviliza en cuanto a la conducta “que molesta”, que rebaza límites y “debe” ser “corregida”, dejando de lado la posibilidad de crear estrategias personalizadas e integrales enfocadas al desarrollo de la personalidad y el despliegue subjetivo del sujeto, haciendo participe a aquellas personas con las que se posee un vínculo afectivo, como en este caso, su madrina o cuidadores.

¹⁹ Que contiene también la carpeta de investigación 1589/2022-UTM-MTY, así como el expediente administrativo 2931/2011 relativo al adolescente AMM y su hermana Elsa Yadira Moreno, remitido por el DIF.

²⁰ Se mencionan en el cuadro comparativo de las páginas 10 a 13 de este documento.

²¹ Barcala, A. (2015). La medicalización de la niñez: prácticas en Salud Mental y subjetividad de niñas, niños y adolescentes con sufrimiento psicosocial. Salud Mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas. Buenos Aires: Teseo, 75-105.



NUEVO LEON

4.2 Si la atención médica, psicológica, psiquiátrica y/o de cualquier otra índole brindada al adolescente AMM²² durante el tiempo que estuvo albergado en el DIF fue la correcta o no.

Con base en las documentales que obran dentro del expediente de queja, no se encontró expediente clínico psicológico del adolescente AMM, por tanto, para emitir la presente opinión de una manera exhaustiva y analítica de cada una de las acciones u omisiones relacionadas con alguna atención o servicio psicológico, son necesarios los informes psicológicos, dictámenes y/o periciales en psicología, notas evolutivas de cada una de las sesiones psicoterapéuticas que recibió, así como cualquier otra herramienta que dé cuenta de las acciones tendientes a la identificación de signos y síntomas, así como su tratamiento psicológico llevado a cabo para la modificación, disminución y/o eliminación de los mismos. Toda vez que, puede ser el supuesto de no haberse llevado a cabo lo anterior; o bien, haberse realizado lo anterior sin haber documentado o formalizado cada una de las acciones o servicios que se brindaron, derivando con ello, la imposibilidad de pronunciarme en lo particular sobre cada una de estas.

En la experticia del perito en evaluaciones psicológicas se concluye que, no se observaron notas sobre la atención psicológica recibida por Ángel desde su fecha de ingreso, tampoco de los estudios médicos y psicológicos que apoyen o sustenten dichos diagnósticos, los cuales fueron emitidos desde su ingreso al DIF en el año dos mil once y mantenidos hasta su muerte, sin que se haya observado un pronóstico o evolución de los mismos, los cuales son cruciales para un establecimiento adecuado del plan de acción, por lo cual:

- Las pruebas de estandarización correspondiente al coeficiente intelectual son insuficientes para emitir diagnóstico de trastorno del desarrollo intelectual.
- El diagnóstico de discapacidad intelectual referido por el DIF no cuenta con escala de gravedad, la cual es importante para la elaboración de un plan de acción integral que permita adecuarse a las necesidades individuales de la persona.
- Existe antecedente de proyecto de vida basado a partir de la adopción, sin embargo, no se mencione la existencia de alguno previo a ello considerando su institucionalización.

El derecho de Ángel de acceder al más alto nivel posible de la salud implica la satisfacción de sus necesidades más básicas en ese rubro hasta las de nivel de urgencia.

Sobre el particular recordemos que, el derecho a la salud implica no sólo la atención en el aspecto físico, sino también en el área psicológica, emocional o psicoemocional.

Para lo anterior, las medidas adoptadas para respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud deben de ser aplicables al caso en concreto; es decir, tienen que ser estrategias personalizadas e integrales, enfocadas al desarrollo de la personalidad y aumentar su calidad de vida.

Tomando en cuenta la falta de documentales que sustenten el cumplimiento de la obligación de la autoridad de respetar, proteger y garantizar el derecho de acceso a la salud de Ángel por parte del DIF, esta Comisión determina, de manera fundada que, al igual que la atención médica, la atención psicológica brindada fue incorrecta o inadecuada, al no existir datos que permitieran corroborar el debido apego de la actuación de la autoridad para satisfacer las necesidades de Ángel en ese aspecto.

5.7. Análisis de la actuación del personal del DIF durante los días ocho y nueve de febrero de dos mil veintidós, cuando Ángel empezó a sentirse mal y, posteriormente, falleció

Se aclara que las fechas corresponden a dos mil veintidós, salvo precisión en otro sentido.

Como se recordará, Ángel llegó a Fabriles el mismo día en que se suscitó la “riña” en Capullos, es decir, el veintiocho de noviembre de dos mil veintiuno, después de haber ocurrido aquella, por lo que estuvo en aquel lugar desde esta fecha hasta el nueve de febrero de dos mil veintidós, o sea, sólo setenta y cuatro días.

El Director de Atención al Menor informó que:

“...Ángel presentaba un trastorno de déficit de atención con hiperactividad, síntomas de estrés postraumático, trastorno depresivo persistente, discapacidad intelectual y crisis epiléptica, por lo que recibía tratamiento psiquiátrico, administrándole Valproato de Magnesio, Risperidona y Fluoxetina, además de Olanzapina (PRN solo en caso de crisis de ansiedad previa indicación médica psiquiátrica); además, durante diciembre del 2020 y enero del 2021, fue atendido por especialista en paidopsiquiatría y neurología.

En cuanto al fallecimiento de Ángel mencionó que: el 8 de febrero de 2022, presentó dos episodios de vomito de contenido gastro alimentario, por lo que, alrededor de

las 10:00 horas, contaba con exacerbación de sintomatología gastrointestinal con presencia de hipertermia, dolor abdominal y múltiples episodios de vomito; además, se recalcó que no se le había suministrado sedantes.

Al lugar llegaron paramédicos, quienes al valorarlo señalaron contaba con una descompensación hemodinámica, con posterior alteración del estado de alerta y deterioro clínico, evidenciándose un estado de choque, presentando un paro respiratorio, dándole maniobras de reanimación, sin tener respuesta, y posteriormente su fallecimiento.

Como Director y Tutor Legal del menor de edad del DIF determinó fuera cremado el cuerpo; además, negó que Ángel haya sido golpeado, sedado o agredido por personal del albergue.”

En diversa contestación, el Director de Atención al Menor, informó, en esencia, que:

- No se reportó que, en días previos, Ángel hubiese presentado síntomas relacionados con la causa de su muerte;
- Se le habían prescrito medicamentos antipsicóticos atípicos, antidepresivos y anticonvulsivos;
- Contaba con medicamento crónico por su condición clínica, por lo que tenía antecedentes de manifestaciones gastrointestinales enmascaradas por dichos motivos;
- Se solicitó el servicio médico de la empresa D34, dado a que presentó sintomatología gastrointestinal con presencia de hipertermia, dolor abdominal y múltiples episodios de vómito.
- No se realizó autopsia ya que su deceso fue de manera natural.
- El nueve de febrero, mediante oficio 49/DAIMF/MMMG/2022, se notificó a la Procuraduría la muerte de Ángel.
- La Fiscalía lleva a cabo una investigación por los hechos de referencia.

Del reporte de ocho de febrero, firmado por PSP10, se desprende, en lo que interesa, lo siguiente:

“...a las 09:50 horas, reportaron que Ángel Manuel Moreno entró en crisis, encontrándose tirado en el patio; al llegar observó que presentaba vómito alimentario, lo llevaron a una oficina a fin de tranquilizarlo, pero al no lograrlo, le inyectaron media ampolla de Olanzapina...”

Del reporte de ocho de febrero, firmado por PSP3, se advierte, en lo que importa, que:

“...entre las 11:00 horas y 12:00 horas, entró en crisis Ángel y se le suministró algo para el vómito, y se le dio Olanzapina, acompañándolo a su dormitorio por los enfermeros PSP16 y PSP3; alrededor de las 18:30 horas, se le brindó una colación, misma que vomitó; posteriormente, cerca de las 12:00 horas, del día 09 del mismo mes, al realizar una revisión, se percataron que Ángel tenía un semblante distinto y había regresado sus alimentos, inspeccionándole, reaccionando éste de manera positiva, por lo que, el enfermero PSP11 al tomarle los signos vitales le detectó cianótico y presión arterial alta, lo bajaron al cuarto de entrevistas; a la 01:10 horas se realizó llamada telefónica a “D34” para prevención, llegaron cerca de tres paramédicos, se les proporcionó la información personal y medica del menor de edad, sin embargo, éste no quiso colaborar con ellos, repentinamente se desvaneció, vomitó en tres ocasiones un líquido “amarillo”, fue colocado de lado para que no se ahogara, notando que se había orinado, para después entrar en paro; los paramédicos realizaron de RCP, pero no reaccionó, anunciando su muerte a las 01:42 horas...”

Aclarado lo anterior, se proceden a reproducir, en lo conducente, las constancias cuyo contenido será tomada en consideración, recabadas por personal de la Unidad de Tramitación Masiva durante la tramitación de la carpeta de investigación D5, iniciada con motivo del fallecimiento de Ángel.

Del IPH D21 se advierte que el personal policial ministerial asentó que, cuando arribaron, les atendió una persona de sexo masculino que refirió ser el Director del DIF, de nombre PSP4, quien al ser enterado del motivo de su presencia, derivado del seguimiento a un reporte de una persona reportada inconsciente en ese lugar, les expuso que cualquier dato o información debería pedirse mediante oficio dirigido a la Procuraduría, además, de no tener inconveniente en presentarse ante la autoridad competente.

A continuación, se transcribirán, en lo que concierne, las siguientes declaraciones, sin que ello implique vulneración al debido proceso o a la presunción de inocencia, dado que en términos de los artículos 138, fracción IV, y 140, fracción I, de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nuevo León, no se advierte que se pueda

obstruir la prevención o persecución de los delitos, amén de que no se puede invocar el carácter de reservado cuando se trata de violaciones graves, como sucede en el presente caso, tanto más por cuánto a que la sociedad en general está interesada en saber que es lo que realmente aconteció en torno a los hechos relacionados con el fallecimiento de Ángel.

Las declaraciones son las siguientes:

- De PSP4:

“El día 09 de febrero de 2022 a la 01:57 horas, al encontrarme en mi domicilio recibo una llamada de PSP26, quien en ese momento era el coordinador del centro Fabriles el cual menciono que “Ángel, el cual tenía con nosotros aproximadamente 11 años, se había puesto mal y que ya estaban los de la ambulancia de la D34, con los cuales se tiene el servicio médico del DIF”, a lo que le digo que iba para allá, tardando aproximadamente 30 minutos en llegar pero en el tiempo que iba en camino me volvió a llamar PSP26 mencionando que Ángel había fallecido, refiriéndole que ya estaba a punto de llegar y que de favor nadie tomara fotografías del lugar y al arribar al centro Fabriles observo al exterior una ambulancia de la Compañía D34 y al ingresar se presenta conmigo uno de los paramédicos de la ambulancia, a quien le pregunto qué había pasado y dicha persona me informa que había sentido inflamado el estómago del menor fallecido y que no habían podido estabilizarlo y le preguntó si había visto algo adicional en el cuerpo del menor y el paramédico me comenta que no, que le habían practicado maniobras pero ya no había nada que hacer, a lo que le comento si había sido algo natural, refiriendo el paramédico que si, según lo que había observado, agregando el paramédico que ya podía llamarle a algún médico para el acta de defunción, siendo todo lo que me manifestara y posteriormente acudo hasta el área de enfermería donde no ingreso, solo desde la puerta observe el cuerpo de Ángel, el cual se encontraba en una camilla cubierto completamente con una sábana y en ese momento llamé a PSP32, a quien le comente lo que había mencionado el paramédico, refiriendo PSP32 que lo certificara el PSP21 o PSP10 pero yo le mencioné que debía ser un médico externo quien debiera realizar el certificado para que determinara la muerte natural y que no se tomaran malas interpretaciones el que algún médico de esta institución hubiera realizado el certificado a lo que me dijo que buscaría un médico externo y posteriormente me proporcionó el nombre y el número del médico legista PP4, a quien le mencione lo que había pasado, refiriendo dicha persona que acudiría a la brevedad posible, llegando aproximadamente a las 4:50 horas del 09 de febrero de 2022 y para este momento ya habían llegado también PSP21 y PSP10 quienes laboran para esta institución, siendo PSP21 quien le explicó a PP4 lo que había pasado con el menor, mostrándole además el historial clínico del

mismo y posteriormente PP4 pasó a ver el cuerpo del menor al área de enfermería y después de haberlo revisado físicamente, determinó que la causa de muerte había sido debido a Choque Séptico y Peritonitis, realizando el debido certificado de defunción, refiriendo que ya podíamos llamar a una funeraria, por lo que le comunicó lo anterior a PSP32, quien hasta donde sé, llamó a Gestoría Social, quienes fueron los que consiguieron la funeraria la cual arribó aproximadamente a las 6:00 de la mañana del mismo 09 de febrero y yo los recibí mencionándome dichas personas que venían de la Funeraria D6 que los habían contratado para un servicio refiriéndoles que sí y pasaron a recoger el cuerpo del menor Ángel Manuel Moreno y en ese momento me dan las diversas opciones para la disposición del cuerpo del menor decidiendo debido a que me encontraba como su tutor legal en ese momento que se realizara la velación del menor por un tiempo de 2 horas aproximadamente para posteriormente realizar la cremación de los restos debido a que esta institución no cuenta con algún terreno donde se pudiera hacer el entierro del mismo, agregando que la velación del cuerpo, se llevó a cabo en las capillas, ubicadas en... a donde personal de esta institución trasladó a la hermana del menor fallecido para que se pudiera despedir del mismo, siendo todo lo que deseo mencionar sobre los presentes hechos.

Aunado a lo anterior deseo mencionar que no se comunicó a ninguna autoridad ya que, al no contar con un protocolo de actuación en estos casos que me marcara el proceso a seguir y en base a lo mencionado por el médico legista sobre que había sido una muerte natural, es por lo que se procedió a llamar a un servicio funerario, comunicando en todo momento lo que sucedía a la Procuraduría de protección a niñas, niños y adolescentes.”

- De PSP3:

“...siendo el día 08 de Febrero del 2022 entro a laborar a las 8 AM...durante el transcurso de la mañana, el menor Ángel Manuel Moreno se encontraba muy intransigente golpeando la puerta que da a los patios de dicha institución con un garrafón de agua, ya que se había enterado que PSP26 iba a dejar la administración del DIF y con este se llevaba muy bien, posteriormente al estar en el patio también intento golpear a PP42 por lo que interviene el entrevistado y se lo lleva a la enfermería y al estar tratándolo junto con PSP10 la cual labora en un horario de 08:00 am a 15:00 horas, misma que al ver la situación le suministran 5 mililitros de Olanzapina (medicamento que siempre le han estado dando debido a sus crisis) minutos después se calma la persona y posteriormente el mismo día aproximadamente a las 15:00 horas al estar Ángel Moreno sentado en el área de ejercicios, este vomita y se le checa que estuviera bien, a lo que sale con normalidad, después de haber ingerido la comida aproximadamente entre las 17:00 horas y 19:00

horas vuelve a vomitar y al volverlo a evaluar sale bien y sin novedad, así mismo vuelve a vomitar en el interior del dormitorio aproximadamente a las 00:00 horas del día 10 de Febrero del 2022, por lo que al revisarlo PSP3 se percata que el menor se siente mal, a lo que le toma la temperatura, la tenía normal, pero le marca a PSP14, para que lo ayudara porque veía en mal estado al menor Ángel Moreno, por lo que al llegar PSP14, llevan a la enfermería al menor y le hacen una leche en polvo caliente y se la dan para que se la tome y lo llevan a un cuarto con calefacción en donde le dan una sábana para que se acueste mientras PSP11 marca a la Ambulancia AM para solicitar ayuda ya que el menor se encontraba en muy mal estado y se estaba desmayando, llegando aproximadamente en 5 minutos, momento después al estarlo checando los paramédicos el menor Ángel Moreno se desvanece y lo tratan de reanimar dándole RCP sin que el menor respondiera, por lo que los paramédicos confirman el deceso del menor ANGEL MANUEL MORENO las 01:42 horas del día 09 de febrero del 2022, estando presentes PSP31, PSP14, PSP18, PSP11 y PP30, PSP12, y dos guardias de seguridad externos de los cuales desconoce los nombres, así como un elemento de fuerza civil. Momento en el cual el entrevistado le marca a PSP26 para decirle lo sucedido...”

- De PSP11:

“...siendo el día Martes 08 de Febrero del 2022 entro a laborar a las 20:00 horas... posteriormente se puso a trabajar en un proyecto del reglamento Interno en el área de enfermería, después siendo aproximadamente las 21:00 horas se dispuso a cenar, regreso al área de la enfermería para continuar con dicho proyecto y como a las 22:15 subiste a los dormitorios de los menores, para observar si estaba todo en orden y no observa nada raro, y siendo aproximadamente las 23:50 del mismo día 08 de febrero del 2022, le informa su compañero PSP14, que el menor Ángel Manuel Moreno presentaba signos de palidez, labios azules, cianosis, sudoración fría, el cual no refería nada, por lo que el entrevistado en compañía de PSP14 y PSP3...fueron a prestar auxilio al menor Ángel Manuel Moreno, que se encontraba en la cama de su dormitorio el cual se encuentra en la segunda planta del edificio, procediendo a proporcionarle calor, y al ver que en el dormitorio estaba muy frío decidieron trasladarlo a la oficina con calefacción en el área de planta baja, dónde lo recostaron en una colchoneta, y después cambian al menor... al área de enfermería, agregando el entrevistado que su compañero PSP3 llamo al servicio médico D34, para auxiliar al menor, también el referido PSP3 le avisó por teléfono a PSP26, llegando tres paramédicos de D34 aproximadamente las 00:15 ya del día 09 de Febrero del 2022, por lo que comienzan a evaluar a dicho menor, observando que este presentaba vómito líquido y amarillo, intenso, y dificultad para respirar y espasmos, y un paramédico me solicitó que fuera a la ambulancia por la camilla y al regresar escucha que Ángel Manuel entro en paro cardio respiratorio, logrando observar que los

paramédicos estaba dando maniobra de RCP, reanimación cardio pulmonar, no logrando mantener los signos vitales, por lo que en ese momento les informaron que...había fallecido, posteriormente al pasar unas horas llegó PSP26, continuando con sus actividades ya que quien se hizo cargo de la situación fueron PSP26, luego al termina su turno a las 08:00 horas ya no se enteró quien se llevó el cuerpo del menor fallecido ni a dónde lo trasladaron. Agregando PSP11, que el menor Ángel Manuel Moreno, padecía Trastorno de déficit de atención, discapacidad mental...”

- De PP4:

“...siendo el día 09-nueve de febrero del año en curso, alrededor de las 04:43 horas de la madrugada, me encontraba en mi domicilio el ya proporcionado en mis generales cuando recibí una llamada telefónica...quien se identificó como PSP4, quien me comentó que era del DIF FABRILES, y me comentó que habla sucedido un deceso de un menor en las instalaciones de dicho Dif, a lo que le pregunte qué era lo que había pasado, a lo que me comenta que por la tarde del día 08-ocho de febrero del año en curso, habla presentado dolor abdominal y fiebre y que hablan acudido paramédicos de D34 a lo que le cuestioné la causa que le pusieron a lo que me dijo que era por probable COVID, a lo que le comenté que de manera inmediata me dirigía a dichas instalaciones y que me mandara su ubicación de favor, por lo que me traslade a dichas instalaciones arribando al lugar a las 05:15 horas del mismo día, por lo que al llegar a las instalaciones fui recibido por una persona del sexo masculino..., quien vestía uniforme de guardia de seguridad, con quien me identifique sin que dicha persona me proporcionara su nombre, por lo que me brindo el acceso a las instalaciones, y al estar en la recepción se encontraban 02-dos personas del sexo masculinos y una persona del sexo femenino, por lo que en ese momento una de las personas del sexo masculino..., quien se identificó como PSP4, así mismo me señaló a las otras dos personas que se encontraban ahí y solo me los presento como a la persona del sexo femenino como la doctora de guardia, sin mencionarme nombre y a la otra persona del sexo masculino solo me lo presente como doctor, de igual manera no me proporciono nombre, por lo que en la parte de atrás se veía personal de enfermería, por lo que en ese momento me comento que momento antes habían estado paramédicos de las ambulancias D34 quienes le dieron reanimación al menos, sin embargo desgraciadamente falleció, así mismo me comenta PSP4 que los paramédicos le habían comentado que probablemente había tenido COVID por el hecho de que había presentado fiebre, por lo que en ese momento le preguntó que si puedo pasar a ver el cuerpo, a lo que me dicen acompáñenos por favor, por lo que caminamos por un pasillo hacia la parte de atrás de las instalaciones y entramos a un cuarto de enfermería en donde al entrar observo una camilla tipo médica donde se observa sobre la misma tendido un cuerpo cubierto con una sábana blanca, por lo que procedo a describirlo, es decir le retire de encima

de manera completa la sabana, y me percate que se trataba de una persona del sexo masculino, de una edad aproximada de 14-catorce años, complexión delgada, tez moreno, cabello corto, palidez, con boca abierta, ojos cerrados, por lo que comienzo a realizar la revisión comencé por la cabeza del menor, palpando para ver si existe alguna lesión o manchas hemáticas no encontrando ninguna lesión, por lo que después procedo a revisar el área del cuello para revisar algún dato de lesión o una equimosis, es decir una ruptura de vasos sanguíneos, por lo que tampoco encontré nada, comienzo a revisar brazos, tórax, abdomen y piernas, por lo que en ninguna parte del cuerpo le encontré alguna marca de violencia, lesión, sin embargo al revisar el abdomen encontré con que este se encontraba totalmente rígido, como una tabla, por lo que en ese momento le cuestiono a la doctora que el señor PSP4 me había presentado como quien era la doctora de guardia, qué síntomas o qué cuadro había presentado el menor momentos antes o durante el día y si le habían administrado algún medicamento, a lo que la doctora me comento que el menor quien en ese momento me percate que en vida respondía al nombre de ANGEL MANUEL MORENO, había presentado fiebre hace aproximadamente 03-tres horas antes del deceso y alrededor de 15-quince horas antes del decesos sufría de dolor abdominal, así mismo me comentó que solo le habían dado antibiótica, negando haberla dado algún analgésico, solo me comento que le habían aplicado un medicamento para sus ataques de ansiedad y que lo tenía recetado por su médico tratante, así mismo le comente que si podíamos pasar a algún otra parte para que me siguieran platicando lo que había pasado, por lo que me pasan a un cuarto acondicionado como consultorio médico, lugar en donde me proporcionaron el expediente clínico, por lo que una vez que me proporcionara el expediente clínico, corrobore la identidad del menor, así mismo cuestiono por algún familiar director del occiso, a lo que PSP4 me comento que él no tenía padres que había sido abandonado a temprana edad que solo contaba con una hermano menor de edad, y que él era el tutor legal del ahora occiso, así mismo al ver el expediente clínico me percate que el menor padecía de trastorno de déficit de atención e hiperactividad, depresión y discapacidad intelectual, por lo que en ese momento comienzo a explicarle a PSP4 así como a los doctores que en virtud del cuadro de síntomas presentados por el menor, entre ellos fiebre, vómito y el dolor abdominal y en cuanto a la exploración física que realice al cuerpo me pude percatar que el abdomen se encontraba rígido los cuales son datos de una irritación peritoneal, por lo que la causa del deceso era UN CHOQUE SEPTICO el cual es la falla multiorgánica por bacterias en la sangre, derivado de una PERITONITIS el cual es la inflamación del peritoneo el cual se puede dar entre muchas causa la más común por la edad del occiso es la ruptura del apéndice, el cual se pudo haber dado a consecuencia de agrandamiento de folículos linfoides, es la inflamación de un ganglio o un fecalito, que es una bolita de materia fecal, el cual se pudo haber ido al apéndice y producir la obstrucción, causando la ruptura y contaminado la cavidad abdominal, lo que puede ser normal en ese rango de edades

y se puede presentar de manera súbita, no por algún medicamento, golpes, sedantes; así mismo manifiesto que en cuanto al cuadro clínico que el menor presentaba no se realizaron los estudios Clínicos correspondientes, por lo que en relación a todo esto llegue a la concusión que esta fue la causa de la muerte del menor, realizando el certificado de defunción D10, de...09-nueve de Febrero del año en curso...”

- De A3:

“...manifestó conocer a Ángel Moreno, desde hace aproximadamente 02 meses en virtud de que el egreso a este centro después que yo, sé que tenía una enfermedad de la cabeza sin saber qué tipo de enfermedad, puedo describir a Ángel como una persona tranquila, sociable, pero cuando le daban crisis se enojaba muy fuerte, a veces aventaba cosas, hacia las personas que trabajan aquí como a los enfermeros o guardias, así mismo a veces contra mi u otros compañeros, en diversas ocasiones algunos otros compañeros lo molestaban, le decían cosas ya que los enfermeros siempre trataban de que se le diera lo que él quería para que no se pusiera violento, así mismo sé que los enfermeros del centro le daban medicamento para que estuviera controlado o estable, pero casi no le ayudaba ya que si padecía muy seguido de sus ataques de enojo, en relación al día 08 de Febrero del año en curso, alrededor de las 15:00 horas, después de la comida de ese día, vi que Ángel empezó a vomitar, por lo que los enfermeros lo revisaron, así mismo Ángel solo estaba acostado en su cama, y vi que vomito en varias ocasiones, yo me acerque a su cama para preguntarle qué era lo que le pasaba, pero no me quiso decir, solo me dijo en voz baja que se sentía mal, también recuerdo que ese día le dio un ataque y pedir ver a PSP26 quien es una persona que trabaja aquí, por lo que por lo que su ataque lo atendió PSP3 en el patio ya que yo los vi quien es enfermero en el Centro y como que le dieron medicamento porque si se tranquilizó un poco, pero ya como eso de las 9 de la noche vi que Ángel se sintió más mal, y los enfermeros se lo llevaron para que lo revisaran, por lo que yo seguí dormido y hasta en la mañana siguiente que desperté y vi que Ángel no estaba ni en el dormitorio ni en su cama, le pregunto al enfermero de ese día, de quien no se su nombre, le pregunte por Ángel y me dijo que estaba en el Hospital, así mismo días después llegaron al Centro unos policías quienes nos entrevistaron preguntándonos que si sabíamos que había pasado con Ángel, comentándonos los mismo que estoy diciendo ahorita...”

- De A4:

“...que si conocía a ANGEL MANUEL MORENO, desde hace aproximadamente 02 meses en virtud de que el ingreso a este centro después que yo, quien sé que estaba internado aquí por motivos de que tenía problemas mentales, puedo describir a Ángel como una persona tranquilo, amigable y atacaba las indicaciones, pero casi a diario

le daban ataques de entre 1 a 3 veces, y en los ataques no acataba indicaciones del personal del albergue, así mismo comenzaba a arrojar cosas o intentaba golpear a los enfermeros o los guardias, así mismo sé que a veces algunos compañeros quienes ya no están aquí lo molestaban, ya que lo corrían a su dormitorio, le decía cosas verbales como "eres un pendejo, chisquiado" y eso lo molestaba y lo irritaba mucho a Ángel, así mismo sé que Ángel tomaba medicamento para estar tranquilo o para evitar que le dieran sus ataques, los cuales si ayudaban un poco si lo tranquilizaban algo pero seguía dándoles ataques, también sé que cuando se ponía muy alterado o le daban los ataques muy fuertes sé que el enfermero o el doctor de turno le inyectaba un tranquilizante, yo ayudo en la cocina todos los días en la cocina menos los días miércoles en un horario de las 08:00 de la mañana a las 8 de la noche, en relación al día 08 de Febrero del año en curso, ya en la noche alrededor de las 09:00 horas de la noche vi que Ángel empezó a vomitar muchas veces y también iba mucho al baño, por lo que los enfermeros lo revisaron, así mismo Ángel solo estaba acostado en su cama, así mismo sé que ese día comió muy poco, así mismo como nuestra hora de dormir es a las 09:00 horas, solo vi que PSP3 le tomo la temperatura a Ángel y que lo metieron a bañar, después de esos yo ya no supe nada porque me quede dormido y hasta en la mañana siguiente que desperté y vi que Ángel no estaba ni en el dormitorio ni en su cama, le pregunto al enfermero de ese día, de quien no se su nombre, le pregunte por Ángel y me dijo que estaba en el Hospital, así mismo días después llegaron al albergue unos policías quienes traían uniforme color café quienes nos entrevistaron a mí y a otros compañeros preguntándonos que si sabíamos que había pasado con Ángel, comentándonos los mismo que estoy diciendo ahorita, así mismo manifiesto que el trato aquí en el albergue es bueno, nunca me han pegado ni he visto que a otros les peguen el personal del albergue, así mismo la relación con el enfermero PSP3 es buena, es una persona muy tranquila y en ocasiones hasta juega futbol con nosotros siempre y cuando tenga tiempo..."

- De A5:

"...conocía a MORENO, el cual se llamaba ANGEL MORENO, yo cuando llegue conocí a MORENO en las canchas de futbol, ya que me pregunto qué de donde era, y pues empezamos a platicar un momento, de ahí le comencé a hablar a MORENO, yo no sabía que tenía algún problema de salud, hasta después de una semana supe, ya que empezó a gritar a los enfermeros y guardias, les decía maldiciones e insultaba, yo trataba de tranquilizar porque era mi amigo, yo no supe de donde era originario MORENO, así mismo MORENO se puso malo, ya que el martes 8 de Febrero de este año, lo vi por las canchas y me dijo que se sentía mal, me decía que le dolía la panza, y se agarraba el estómago muy seguido- y se retorció, los enfermeros llegaron y lo llevaron al consultorio, y según sé que ya en la noche se lo llevaron al hospital, porque se sintió muy mal, pero antes de eso lo estuvieron checando aquí los

enfermeros, entre ellos PSP3 sin conocer sus apellidos, pero el reviso a MORENO ese día, pero lo trato bien, le decía que donde le dolía, y lo revisaba, le dio medicamentos, cabe mencionar que el PSP3 siempre se ha portado bien ni nos ha maltratado, ni ningún otro empleado del albergue, hasta se pone a jugar pelota con nosotros, y cuando nos sentimos mal nos da medicamentos, o si ocupamos algo le decimos y nos ayuda, por lo cual y por el dolor que tenía MORENO, se le atendió aquí en el albergue y PSP3 lo reviso, es hasta ahorita que me entero que falleció mi amigo MORENO...”

- De A6:

“...si conocía a ANGEL MANUEL MORENO, desde hace aproximadamente 03 semanas en virtud de que cuando yo llegué aquí al albergue él ya estaba, desconozco por qué Ángel Moreno se encontraba aquí, así mismo desconozco si sufría de alguna enfermedad, puedo describir a Ángel como una persona amigable, pero casi a diario le daban ataques de entre 1 a 2 veces al día, y en los ataques se ponía muy agresivo, se portaba mal con los enfermeros o con los guardias, o con los demás compañeros a mí nunca me toco que se pusiera agresivo, los enfermeros trataban de tranquilizarlo y que no golpear a nadie, así mismo sé que algunos compañeros lo molestaban porque siempre quería estar en el patio, sé que Ángel tomaba medicamento sin saber para qué era o que medicamentos, casi siempre lo veía que los enfermeros le daban sus medicamentos normalmente en las mañanas y en las noches, en relación al día 08 de Febrero del año en curso, ya en la tarde- noche sin saber qué hora era vi que Ángel empezó a vomitar en el dormitorio varias veces y también estaba acostado en su cama como si se sintiera mal, pero yo nunca me acerque ni pregunte qué era lo que tenía vi que los enfermeros lo atendieron, no vi si le dieron algún medicamento por lo que se sentía mal, solo vi que tomo su pastilla de todas las noches, y como nuestra hora de dormir es a las 09:00 horas de la noche, ese día me quede dormido y hasta en la mañana siguiente que desperté y vi que Ángel no estaba ni en el dormitorio ni en su cama, así mismo días después llegaron al albergue unos policías quienes sé que entrevistaron a algunos compañeros, así mismo manifiesto que el trato aquí en el albergue es bueno, nunca me han pegado ni he visto que a otros les peguen nadie del personal del albergue, ni tampoco he sabido que a alguien le hayan pegado aquí adentro, así mismo en cuanto a mi relación con PSP3 es buena, sin embargo casi no hablo con él. ...”

- De A7:

“...conocí a varios jóvenes, entre ellos a Ángel Moreno, desconociendo su nombre completo, ni de donde era, ni el nombre de sus padres, solo sabía de él que no era normal de la mente, esto por los comportamientos que tenía, ya que el hacía lo que quería cuando le daba la gana, y lo tranquilizaban los enfermeros y los guardias, le daban medicamento para que se controlara, desde que yo supe que Moreno estaba mal de la mente, trate de no llevarle la contra, y lo que hacía era decirle que si a lo que quería, pero no tuve ningún problema con él, solo que Moreno cuando se ponía mal de la cabeza, le daban medicamento, pero los enfermeros, entre ellos PSP3, lo trato bien, nunca tuvo ninguna agresión hacia Moreno o hacia alguno de nosotros, el personal de aquí siempre nos ha tratado bien, y nos dan de comer tres veces al día, y por lo que respecta a Moreno, él se puso malo la semana pasada, ya que se quejaba que le dolía el estómago, y se retorció mucho, esto fue el día martes 8 de Febrero, yo lo vi que estaba Moreno en su cama, él estaba dormido, ahí le llevaron de comer y no quiso, solo tomaba agua, pero vomitaba a cada rato, ya en la tarde lo llevaron a la enfermería y lo estuvieron checando, ya en la mañana del día siguiente nos dijo el enfermero que a Ángel Moreno se lo habían llevado al hospital por el dolor de estómago que tenía, pero ya no supe yo nada de él, hasta ahorita llegan a entrevistarnos y nos dicen que Moreno falleció. Quiero decir que Moreno no sufrió ningún maltrato, por ninguno de los empleados de aquí del albergue, ya que como dije, siempre nos han tratado bien...”

- De A9:

“...sí conocía a ANGEL MANUEL MORENO, desde hace aproximadamente 01-UN MES, desconozco por qué Ángel Moreno se encontraba aquí, así mismo desconozco si sufría de alguna enfermedad, puedo describir a Ángel como una persona tranquila, amigable, pero casi a diario le daban ataques de entre 2 a 3 veces al día, y en los ataques se ponía muy agresivo, se portaba mal con los enfermeros o con los guardias, o con personal del albergue o con los demás compañeros a mí nunca me toco que se pusiera agresivo conmigo, los enfermeros trataban de tranquilizarlo y que no golpear a nadie, también cuando le daban los ataques me buscaba y me decía que él no quería hacer las cosas que hacía cuando le daban los ataques y yo platicaba con el trataba de calmarlo le decía que tratara de no actuar así y se tranquilizaba, así mismo sé que algunos compañeros que ya no están aquí lo molestaban le aventaban zapatos u objetos y se burlaban de él comenzaban a reírse, por lo que en algunas ocasiones yo lo defendía les decía que no lo molestaran, sé que Ángel tomaba medicamento sin saber que medicamentos pero creo que eran para mantenerlo tranquilo y no le dieran los ataques, casi siempre lo veía que los enfermeros le daban sus medicamentos por las mañanas y en las noches, yo ayudo

en la cocina casi todos los días en un horario de 08:00 de la mañana hasta en la noche, en relación al día 08 de Febrero del año en curso, ya en la tarde- noche sin saber qué hora era vi que Ángel empezó a vomitar en el dormitorio varias veces y que estaba acostado en su cama como si se sintiera mal, pero yo nunca me acerque ni le pregunte qué era lo que tenía, así mismo vi que los enfermeros lo atendieron y como nuestra hora de dormir es a las 09:00 horas de la noche, ese día me quede dormido y hasta en la mañana siguiente que desperté y vi que Ángel no estaba ni en el dormitorio ni en su cama, por lo que baje a buscarlo pero como no lo encontré le pregunte al enfermero de quien no recuerdo su nombre donde estaba Ángel y solo me comentó que en un hospital sin darme más información, así mismo días después llegaron al albergue unos policías quienes sé que entrevistaron a algunos compañeros a quienes les comente lo mismo que en esta entrevista, así mismo manifiesto que el trato aquí en el albergue es bueno, nunca me han pegado ni he visto que a otros les peguen nadie del personal del albergue, ni tampoco he sabido que a alguien le hayan pegado aquí adentro, así mismo manifiesto que si conozco a PSP3 es buena onda, nos trata muy bien, y es quien nos trata cuando nos sentimos mal, sin embargo casi no hablo con él es decir no somos cercanos ni nada...”

- De PSP13:

“...conocía al menor ANGEL MANUEL MORENO, ya que era menor ingresado en este Albergue tengo conocimiento que al parecer estaba a cargo del DIF desde el año 2011 aproximadamente, lo conocí aproximadamente en el mes de Noviembre del año 2021, toda vez que él fue trasladado a este albergue ya que yo tengo conocimiento que el anteriormente estaba ingresado en el DIF CAPULLOS, sin embargo desconozco por qué lo trasladaron para acá, sin embargo se comenta entre mis compañeros que el menor había participado en disturbios del DIF CAPULLOS, por lo que atendí en varias ocasiones al menor ANGEL por motivos de que me tocaban guardias en el dormitorio que al él le correspondía, así mismo lo atendí en diversas ocasiones ya que el menor presentaba crisis, es decir momentos postraumáticos ya que contaba que su papá había matado a su mamá frente a él, así mismo recordaba violencia que había sufrido por parte de su papá, el menor presentaba TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, DEPRESIÓN, puedo describir al menor ANGEL como una persona tranquila, amorosa, sociable, sin embargo no acataba indicaciones ya que los menores tienen horario para salir al patio, y él siempre quería andar fuera y al momento de indicarle que regresara a su dormitorio no hacía caso, así mismo cuando ANGEL entraba en crisis, era muy agresivo, irritable, agredía al personal y en ocasiones a sus compañeros de dormitorio, arrojaba cosas contra nosotros, el menor ANGEL tenía indicado por su médico tratante siendo VALPROATO DE MAGNESIO, el cual le servía a su cerebro para que

no fuera tan agresivo, así como la OLANZAPINA, el cual le servía como un relajante, el cual se le daba normalmente cuando le daba las crisis, dichas crisis le daban de 1 a 2 crisis diarias, el día 07-siete de Febrero del año en curso, labore 08-ocho de la mañana a las 20:00 horas, ese día vi ANGEL quien tuvo una crisis, lo pudimos tranquilizar, sin embargo fuera de ahí él se encontraba bien, no vi que se sintiera mal, por lo que salí de trabajar ese día quedándose de guardia en enfermería PSP78 y entre a laborar hasta el día 09-nueve de Febrero del año en curso, en un horario de 08-ocho de la mañana a las 20:00 horas, por lo que ese mismo día recibí el dormitorio donde se quedaba ANGEL y note que en el listado se encontraba el nombre de ANGEL sin embargo al momento de tomar lista y que noto su ausencia, por lo que pregunto con los compañeros que donde estaba ANGEL a lo que solo me comentaron que se encontraba en el Hospital, sin darme más detalles como en qué hospital estaba ni el motivo de su traslado, así mismo fue una información extraoficial que me proporcionaron sin embargo no me consta que así haya sido, por lo que es hasta el día jueves de esa misma semana un compañero me comento que ANGEL había fallecido y que momentos antes había tenido vómitos y malestar, así mismo me comento que ANGEL había fallecido en la enfermería de aquí del albergue fabriles; sin embargo no me supo decir más, por parte del encargado del personal de enfermería ni por el encargado del albergue, así mismo manifiesto que aun y cuando el menor ANGEL entraba en sus crisis nadie de personal en ninguna ocasión lo maltrato ni lo golpeo, sin embargo por su condición ANGEL si era algunas veces molestado por otros menores ya que les molestaba las actitudes de ANGEL, así mismo en conclusión manifiesto que el menor ANGEL tenia de 1 a 4 crisis diarias, por cosas muy sencillas como que le decíamos que se fuera a su dormitorio o que le tocaba ceder el control de la televisión, y era cuando entraba en sus crisis, y se ponía agresivo e irritable con el personal y hasta con sus compañeros, posterior a la crisis de agresividad venia el estrés postraumático el cual se ponía a llorar y a recordar cosas de su infancia recalcando que él decía que su papá había matado a su mamá frente a él y a otras cuestiones que había sufrido de violencia es por eso que el medicamento siempre estuvo encaminado a que se mantuviera tranquilo y así evitar dichas crisis...”

- De PSP17:

“...ANGEL era una persona muy inquieta, quien a diario tenía crisis en donde actuaba de manera muy agresiva y violenta cuando no se hacía lo que él quería, en ocasiones me llegó a golpear a mí y a más enfermeros, gritando palabras altisonantes, rompía cosas, lanzaba objetos, entre otras acciones; él estaba diagnosticado con TDH Trastorno de Déficit de Hiperactividad, por tal situación llevaba tratamiento, teniendo

que administrarle aproximadamente 3-tres medicamentos dos veces al día, los cuales de momento no recuerdo cuales eran ya que al momento de preparar los medicamentos los revisamos en el kardex, quien es el enfermero encargado en turno quien suministra los medicamentos de los menores que lo requieren, y en el Kardex se establece únicamente el medicamento vigente, es decir, únicamente es un control de enfermería, ya que la indicación del medicamento a tomar se encuentra en el expediente clínico completo, en donde se encuentran todos los medicamentos que se han administrado.

En cuanto al trastorno que tenía diagnosticado, llevaba su tratamiento psiquiátrico en el Hospital Civil en donde se le indicaba la frecuencia con la que tenía que acudir según lo necesitara a pesar del medicamento que se le administraba, era muy común que tuviera crisis actuando de manera agresiva y violenta.

El día 08-ocho de febrero...durante la mañana de ese día, aproximadamente a las 10:00 horas, logré escuchar que ANGEL MANUEL MORENO gritaba "putos" y escuchaba que aventaba los botes de garrafón ya que cuando entraba en crisis es lo que usualmente hacía, me asomé por la puerta del dormitorio que tenía asignada y veo que él se seguía gritando en el patio "putos", escuchaba que trataban de tranquilizarlo, sin embargo, no logré ver si alguien estaba con él agarrándolo o tratando de ayudarlo. Después de que vi eso cerré la puerta del dormitorio que estaba a mi cargo para proteger a los niños y que no los vayan a agredir, salí del dormitorio por el medicamento para uno de los niños, y cuando paso por el patio veo que ANGEL MANUEL estaba acostado, cuando escuché como si estuviera vomitado pero no voltee a verlo y solo le di aviso a PSP10, posteriormente me regresé al dormitorio para seguir cuidando a los niños y ya no supe sobre la atención médica que se le haya brindado.

Y fue a través de redes sociales que vi videos en donde decían que ANGEL MANUEL MORENO había fallecido, no podía creer lo que había pasado ya que un día anterior lo había visto en el albergue, y no se quejaba de algún dolor o alguna enfermedad que tuviera, él no era una persona que se quejara de algún padecimiento, sin embargo, a su corta edad, recuerdo que tomaba mucho medicamento para tratar de controlar los ataques de crisis que le daban debido al trastorno psiquiátrico que tenía diagnosticado, ANGEL era una persona muy inquieta, se molestaba cuando no se hacían las cosas que él quería ya que siempre le gustaba estar en el patio, sin embargo, hay horarios establecidos para las actividades, y al no hacer lo que él quería se ponía a gritar palabras altisonantes, decía que su papá iba matar a su mamá, entre otras cosas, en ocasiones podíamos lograr tranquilizarlo hablando con él, sin embargo, había otras ocasiones que no lográbamos que se tranquilizara y dejábamos que se calmara solo. ...”

- De PSP18:

“...ANGEL MANUEL MORENO...estaba diagnosticado con trastorno de déficit de hiperactividad (TDH), y le suministrábamos los siguientes medicamentos: valproato de magnesio de 400 mg, 1 tableta cada 12 horas, siendo a las 06:00 y 18:00; fluoxetina de 20 mg, 1 tableta cada 24 horas, a las 8:00 horas; risperidar de 1 miligramo, .5 miligramos en la tarde y .2 miligramos por la noche, todos de manera diaria, indicado por PSP61, ubicado en el Hospital Universitario, a donde lo trasladábamos, siempre una enfermera y un guardia. ANGEL era muy inquieto, agresivo con el personal y menores, le daban crisis, ya que se molestaba cuando no le dábamos lo que quería o lo dejábamos hacer lo que el quería, y comenzaba a golpearnos o aventar cosas a nosotros y a los niños. medicamentos que se nos proporcionaban de la siguiente manera: un enfermero encargado se encarga de entregarles a las enfermeras en turno el medicamento a administrar al dormitorio al que se les asigna, en conjunto con su kardex, quiero aclarar que el kardex medico es solo un control de enfermería ya que así es más fácil para nosotros conocer que medicamento consume actualmente cada menor, en lugar de revisar todo el expediente clínico. cada que se cambia el medicamento a un menor se hace uno nuevo actualizado, por lo que solo en el expediente clínico podemos ver el historial de los medicamentos que tomaba el menor.

El día 08 de Febrero del 2022 inicié mi turno a las 20:00 horas...

Aproximadamente a las 22:15 veo que PSP3 le llaman a D34, por lo que salí de mi dormitorio asignado, y al preguntar qué pasaba me dicen que ANGEL estaba mal, por lo que bajamos todos a enfermería con él para ver que estaba pasando, y al entrar me percaté que ANGEL estaba pálido, pero estaba consciente, él no se quejaba de ningún dolor, incluso me pregunto a donde lo iban a llevar, a lo que le respondí "NADAMAS TE VAN A CHECAR PAPÁ", le tomamos la temperatura pero estaba normal, de igual forma checamos su saturación y también estaba bien. arribando paramédicos de D34 aproximadamente 15 minutos después, tardándose demasiado en entrar por que se estaban cambiando, posteriormente ingresaron a la enfermería, y yo me encontraba afuera del consultorio junto con PSP11, PSP3, PSP14, PSP31, y el guardia interno, y todos estábamos escuchando que ANGEL había entrado en un paro, y de repente los paramédicos de D34 gritaron preguntando la hora, a lo que les respondimos que la 01:42 y nos respondieron que ANGEL ya había fallecido, y los paramédicos de D34 empezaron a recoger sus cosas, en ese momento me quede en shock, y me fui a mi dormitorio, pero veía movimiento por el barandal, y observe que llegaron los doctores PSP20, PSP10, PSP26, PSP21, y un doctor que desconozco al cual vi ya que baje al baño y me di cuenta que está examinando a ANGEL por eso supuse que era un doctor, regresando a mi dormitorio. Terminando mi turno a las

08:00 horas del día 9 de febrero del 2022, entregando mi turno a mi compañera, para posteriormente retirarme a mi domicilio.

Ángel era muy inquieto e introvertido, pero era un niño muy sano fuera de sus diagnósticos mentales nunca se quejaba de que le doliera algo, o se sintiera mal, raras veces le daba alguna gripa, diario tenía alrededor 3 a 6 crisis y eran por qué no lo dejábamos hacer lo que él quería, ya que él siempre quería estar afuera jugando, y como salen por turnos los dormitorios y el de él se acababa, le indicábamos que subiera a su dormitorio, entonces él se molestaba y comenzaba a agredir al personal y a los niños, a decir que su papá iba a matar a su mamá y gritaba maldiciones, el no entendía de indicaciones, a él le gustaba hacer lo que él quisiera, por lo cual tomaba demasiado medicamento a su corta edad, intentábamos hablar con él para calmarlo, pero en sus crisis fuertes si había que administrarle un relajante de nombre OLANZAPINA, pero esto solo a indicación de la doctora, ya que en su kardex estaba mencionado como PRN es decir por razón necesaria, pero antes de esto debíamos agotar todas las opciones para calmarlo. ANGEL nunca tuvo un altercado físico con personal o menores del albergue...”

- De PSP24:

“...conocí a Ángel desde hace aproximadamente 03-tres años, ya que Ángel estaba anteriormente egresado en Capullos, puedo decir que Ángel era una persona trabajador, poco sociable, si era amigable, batallaba para acatar las indicaciones, sin embargo como lo trate algunas veces, sé que padecía de TRANSTORNO DE DEFICIT INTELECTUAL, así mismo padecía de crisis y se ponía a gritar, mostraba coraje, se ponía agresivo, irritable, arrojaba cosas hacia el personal, así como a compañeros de su dormitorio, se ponía a llorar, las crisis le daban de 1 a 3 veces al día, así mismo tengo conocimiento que el menor ANGEL se encontraba con medicamento prescrito sin saber qué tipo de medicamento, sin embargo sabía que lo estaba ya que era notorio en él cuando tomaba su medicamento ya que normalmente estaba relajado, tengo conocimiento que ANGEL estaba albergado en el DIF desde muy pequeño junto con su menor hermana de quien solo sé que responde a V4, desconociendo el motivo de su ingreso al DIF, así mismo tengo conocimiento que a ANGEL lo trasladan al albergue fabriles después de unos disturbios que se suscitaron en el DIF CAPULLOS, el año pasado a finales del mismo, desconociendo si ANGEL tuvo algo que ver con aquellos disturbios, por lo que posteriormente me toca atender como maestra a ANGEL acá en el ALBERGUE FABRILES, quien llegó a finales del año 2021, a quien encontré a ANGEL bien, socializando sin embargo los compañeros y yo misma me pude percatar que seguía teniendo sus crisis, por lo que siendo el día 08 de Febrero del año en curso, labore de manera normal en el ALBERGUE FABRILES entrando a las 08:00 ocho horas de la mañana, vi a ANGEL alrededor de las 10:00 horas en el área del patio, donde lo observe algo necio, irritable, insistente ya que quería meterse

a las oficinas, alrededor de las 11:00 horas de ese mismo día, me fui a la cocina en compañía de PSP16, ya que íbamos a almorzar, en eso veo desde la ventana de la cocina que ANGEL estaba algo insistente como de entrar a las oficinas, en eso veo que sale PSP3 y desde la cocina veo que trata de tranquilizar a ANGEL, así mismo PSP16 me dice que saldrá a revisar que tiene ANGEL, ya que él se tranquilizaba mucho cuando los compañeros se ponían a platicar con él, momentos después veo que ANGEL vomita en las canchas del patio, y como que se quejaba de dolor estomacal por lo que pensé que le había caído mal el desayuno ya que tenían rato de haber desayunado, así mismo supe que le inyectaron un medicamento para tranquilizarlo ya que estaba en una crisis y estaba muy agresivo, ya que comenzó a arrojar unos garrafones que se encontraban en el patio, sin saber que medicamento le dieron pero era para tranquilizarlo, por lo que se llegó la hora de mi salida y me fui si algún incidente, desconociendo quien se quedó de guardia, por lo que siendo el día 09-nueve de Febrero del año en curso, alrededor de las 08:00 horas, al ingresar a laborar se encontraban PSP3, PSP23, PSP27, todo estaba tranquilo, en eso entro a mi oficina y entra conmigo PSP23 y me dice oye supiste que falleció ANGEL MORENO a lo que le comento que no sabía y le pregunto qué había pasado, a lo que me dice que no sabe, por lo que ese día nadie hablo de ese tema es decir por parte del encargado de enfermería o por parte del encargado del albergue nadie nos comentó de tal situación yo lo supe de manera extraoficial por los compañeros, días después me entere que ANGEL había fallecido aquí mismo dentro del albergue ya que se había sentido mal por la ,madrugada del día 09 nueve de Febrero del año en curso, que habían venido paramédicos de D34, y que posteriormente había fallecido en enfermería del albergue, desconociendo de que murió, sin embargo los compañeros me han dicho de que falleció por un malestar estomacal, desconozco si vino algún doctor externo a revisar a ANGEL, así mismo manifiesto que en ninguna ocasión observe o me enteré de que alguien del personal golpeará a ANGEL, ni aun cuando él se ponía agresivo en sus crisis, días después llegaron al albergue policías ministeriales a realizar investigación, sin embargo desconozco si entrevistaron a personal del albergue o a menores. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PSP14:

“...refiriendo que si conocí al menor ANGEL MANUEL MORENO, quien tiene conocimiento era originario de Nuevo León y estaba dado en adopción, ya que él se encontraba en el DIF CAPULLOS hace aproximadamente dos años, sin embargo debido al evento (RIÑA) que se suscitó hace aproximadamente dos meses en el DIF CAPULLOS lo trasladaron al DIF FABRILES para su cuidado, atendía al menor ANGEL MORENO, es decir le daba los medicamentos que tenía prescritos en su expediente, el cual de momento solo recuerdo era respiridiona, es decir no atendía diariamente al menor ANGEL MORENO, pero si tengo conocimiento que tenía diversos

padecimientos, según su kardex médico, en el cual se hacía las anotaciones de los medicamentos que recibía y sus respectivos horarios, refiriendo así mismo que ANGEL MORENO se enojaba con mucha facilidad, es decir si algo no le gustaba el caía en crisis, hasta en alguna ocasión llegó agredirme, por lo que el suscrito tomaba la decisión de salirme del dormitorio para que se le pasara el enojo, pero tratamos de calmarlo sacándolo al patio para que despejara su mente, ya que a él le gustaba estar en el patio.

En cuanto a los hechos deseo manifestar que el día 08 de febrero del año en curso aproximadamente a las 20:00, me entrego la guardia un pasante pero sin recordar de momento su nombre, mencionándome que no había ninguna novedad, por lo que el suscrito continúe mi guardia sin problema alguno, sin embargo aproximadamente a las 23:40 horas, escuche que el menor ANGEL MORENO, quien se encontraba en el dormitorio 1, estaba vomitando, por lo que me acerque hacia él y me percate que a simple vista tenía la piel pálida, ojos hundidos, es decir tenía síntomas de deshidratación, preguntándole el suscrito si se encontraba bien, comentándome el menor ANGEL MORENO que sí, sin embargo decidí hacerle del conocimiento al encargado de enfermeros de nombre PSP3, quien también se encontraba en las instalaciones del DIF FABRILES, quien comenzó a valorarlo, refiriendo que en ese momento el menor ANGEL MORENO, nos comentó que tenía un dolor en la parte del apéndice, por dicha situación PSP3 se puso en contacto con PSP10, y el suscrito se quedó con el menor en el dormitorio para vigilarlo, pero como PSP3 estaba tardando en regresar, baje a buscarlo para ver que había comentado la doctora, diciéndome el encargado que la doctora no había respondido las llamadas, por lo que decidimos contactarnos con otra doctora de nombre Stephanie, quien le mencionamos los síntomas que tenía el menor y ella nos dijo la instrucción de marcarle a la ambulancia, lo cual así realizamos, por lo que pasados 10 minutos lo bajamos para el área de enfermería a esperar la ambulancia, lo trajimos caminando con ayuda ya que estaba muy débil, encontrándose también mis compañeros PSP11 y PSP18, quienes también estaban en apoyo, por lo que después de veinte minutos llego la ambulancia, pero después de cinco minutos entraron al área de enfermería, donde se encontraba ANGEL MORENO, sentado en una silla, lo que los paramédicos empiezan a tomar sus signos vitales, lo recuestan en la camilla, sin embargo ANGEL MORENO comienza a ponerse muy intranquilo, es decir se movía mucho, por lo que el suscrito trate de tranquilizar al menor y en el momento de estar dialogando con él, vomito nuevamente pero solamente líquido, es decir sin residuo de comida, observando que el deja de moverse y los paramédicos dicen que estaba entrando en un paro, y empiezan a desalojar el área, pidiéndome los paramédicos que fuera al ambulancia por el electrocardiograma, acudiendo el suscrito rápidamente, pero al volver nuevamente al área de enfermería, observo que el menor ya estaba canalizado con suero de cloruro de sodio y otro paramédico estaba realizando compresiones, estuvieron así por más de veinte minutos, realizando también aspiraciones ya que tenía

secreciones, pero después de 20 minutos mencionaron los paramédicos que ya no tenía signos, por lo que después de lo mencionado por los paramédicos, PSP79 se comunicó con el PSP26, quien es el encargado del DIF FABRILES para informarle lo sucedido, quien posterior a la llamada arribó a las instalaciones, así como también PSP10 y PSP20, el COORDINADOR DEL DIF y otras personas, las cuales de momento no recuerdo, ya que el suscrito estaba en shock por lo sucedido, ya que como lo mencione, cuando me entregaron la guardia, todo estaba en orden, es decir los menores estaban acostados viendo una película. Deseando mencionar que ya después de lo sucedido, comencé a recapitular lo que los paramédicos habían realizado para RCP, dando cuenta que faltaron acciones para resucitar, como la ventilación con ambul y dar choques eléctricos, los cuales, a mi experiencia como enfermero, pudieron ayudar a reanimar al menor, refiriendo que después de que los paramédicos entregaron la hoja de informe de actividades, me subí al área al dormitorio y no supe más lo que sucedió después.

Refiriendo que en mi experiencia como enfermero puedo decir que previo a la muerte de ANGEL MORENO, el suscrito percibió que ANGEL aproximadamente a las 23:40 horas comenzó a vomitar gástricos amarillos, pero sin residuos de comida, por lo que lo valore físicamente y me percate que tenía diversos síntomas de deshidratación, es decir presentaba ojos hundidos y piel amarilla, refiriendo que el siempre se tomaba su medicamento, siendo los siguientes: risperidona una tableta de 10 mg, ritalin una tableta de 10 mg, y valproato de magnesio una tableta de 400 mg cada 12 horas, respecto a los horarios no los recuerdo exactamente ya que están identificados en su kardex médico, pero debido a que son muchos menores, me es imposible memorizarlos todos, pero si comía bien, pero debido a los síntomas que presentaba lo comuniqué a mi encargado PSP3 como ya lo mencione anteriormente, refiriendo que lo único que se me hizo extraño ver en él es que estaba acostado, ya que por lo regular el siempre estaba inquieto, es decir jugando, por dicho motivo le preste más atención de lo normal y me percate de sus síntomas y el dolor que refería presentar en el área de la apéndice, lo cual antes no lo había mencionado o más bien no se había quejado de dicho dolor, es decir tiempo atrás y/o las veces que me toco atenderlo nunca se quejó de dicho dolor, sin embargo al preguntarle el suscrito como se sentía el mencionaba sentirse bien, pero físicamente se veía mal, por dicha situación decidimos consultarlo con las doctoras, tal como se mencionó anteriormente y posterior a ello paso lo anteriormente narrado. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PSP21:

“... así mismo en relación a los hechos suscitados en fecha 09 de febrero del presente año es mi deseo manifestar que conozco a Ángel Manuel Moreno aproximadamente desde hace aproximadamente dos años, ya que lo canalizaron de pediatría de

capullos conmigo toda vez que me llamaron para practicarle una valoración por probables crisis convulsivas, por lo que yo diagnostique un trastorno de déficit de atención con hiperactividad e impulsividad, que es un trastorno que se caracteriza porque el niño no pone atención, no se puede mantener quieto, no hace caso, así como crisis epilépticas focales de etiología a determinar por lo que inicie un tratamiento valproato de magnesio que es un anticonvulsivo por la cantidad de 400 miligramos vía oral cada 12-doce horas, posteriormente aproximadamente en el mes de agosto del año 2020 hubo un problema porque yo no estaba contratado oficialmente motivo por el cual no me fue posible seguir con el tratamiento anteriormente mencionado, en el mes de mayo de 2021 me contratan oficialmente en el DIF capullos, por lo que yo inmediatamente regrese verificando el seguimiento que se le había estado dando al tratamiento de Ángel, percatándome de que no se le dio el seguimiento correcto toda vez que le estaban proporcionando la dosis incorrecta siendo esta la de 400 miligramos solo en la noche, así mismo tuve conocimiento de que existían diagnósticos de psiquiatría de trastorno depresivo mayor y trastorno de ansiedad percatándome de esto al momento de revisar el expediente del referido Ángel, así mismo en el mes de octubre de 2021 retomé el expediente de Ángel, diagnosticándole discapacidad intelectual, por lo que solicite pruebas de coeficiente intelectual a personal del DIF, resultando que efectivamente tenía discapacidad intelectual, posteriormente en diciembre lo atiende una PSP61, quien le diagnostica episodios de psicosis y ansiedad pronunciada, por lo que en fecha 29 de diciembre de 2021 sugiere por escrito el internamiento en hospital de psiquiátrico del Hospital Universitario ya que tiene riesgo de autolesionarse, en donde se nos dijo que no era necesario y le cambiaron el tratamiento, por lo que en el mes de enero del presente año solicité una resonancia magnética salió como resultado focos de gliosis periventriculares puntiformes compatibles con lesiones hipoxico isquémicas (lesiones secundarias a daño estructural antes durante o después del nacimiento), por lo que en el mes de febrero solicito electroencefalograma, niveles de ácido balproico, este último a fin de medir los niveles de medicamento en la sangre para verificar que se le estaba suministrando la dosis correcta, por lo que personal de enfermería me comunica que no había autorización o trabas administrativas por parte de laboratorio para realizar los estudios anteriormente mencionados, por lo que hable directamente con personal del hospital universitario en donde se me autoriza practicarle estos estudios a varios jóvenes entre ellos Ángel, quedando programado para el día 10 de febrero de 2022, posteriormente el día 08 de febrero yo tenía todo preparado para practicarle el electroencefalograma ya que yo iba a estar presente al momento de que le realizaran el estudio ya que era mi paciente, por lo que en la noche del día 08 de febrero me habla PSP26, comunicándome que personal de la M se encontraba en el DIF fabriles ya que Ángel se había puesto mal, refiriéndome que había caído en paro y que le iban a practicar maniobras, por lo que aproximadamente entre 1:00 y 1:30 de la mañana del día 09 de febrero me vuelve a llamar PSP26

pidiéndome que acudiera a DIF fabriles, al momento en que llego a la Institución referida comienzo a checar su expediente, momento en que llega PSP10 quien es médico general y también labora en DIF Fabriles quien me comunica que Ángel estaba muy ansioso por la mañana del día 08 de febrero porque no estaba PSP26, tenía asco y náuseas y que aproximadamente a las 11:00 horas y le administran olanzapina que su función es calmar las crisis de ansiedad y para las náuseas le suministraron pantoprazol, por refiere que ella lo veía bien, comentándome que por la tarde del día 08 tuvo otro episodio de vómito, posteriormente de las 17:00 horas a las 22:00 horas comienza con náuseas y a partir de las 22:00 comenzó con episodios de vómitos, posterior a que PSP10 me comenta todo lo anteriormente mencionado, procedo a verificar el expediente de Ángel enfocándome en las dosis que se le estaban suministrando, dándome cuenta que todo estaba en orden en cuanto a las dosis de todos los medicamentos, así mismo es importante manifestar que el certificado de fallecimiento no lo hizo personal del DIF fabriles, lo hizo un médico externo de quien desconozco el nombre, por lo que al momento en que llega el referido médico comienza a examinar el cadáver de Ángel, encontrándome el suscrito presente por lo que puedo confirmar que no tenía ningún tipo de lesión, golpe, moretón, etc., a excepción de una pequeña excoriación periorbitario derecho es decir un raspón en el ojo derecho, aclarando que PSP10 me informó sobre dicho raspón, así como también me percaté de que tenía el abdomen rígido aclarando que no lo palpé en ningún momento, así mismo había líquidos de bilis esto derivado de los vómitos que tuvo horas anteriores, espuma derivado de la convulsión que sufrió, refiriendo que se lo había hecho días antes del día de su fallecimiento; posterior a que el doctor que revisó el cadáver me mencionó que a su juicio clínico la causa del fallecimiento de Ángel fue choque séptico (siendo este un estado de descompensación hemodinámica que provoca hipotensión y puede provocar daño orgánico o inestabilidad hemodinámica) y peritonitis que es un padecimiento que tarda horas en desarrollarse y que el paciente pudo haber tenido datos tempranos de abdomen agudo y no haberse percatado de los mismos por su condición, cabe precisar que el objetivo médico y de la Institución era hacer el diagnóstico más certero posible para toma de decisiones terapéuticas y planificación del futuro al menor, esto con los estudios que estaban programados para el día 10 de febrero en conjunto con todos los estudios que ya se le habían realizado anteriormente, así como una nueva revaloración por parte de todos los médicos, ya que Ángel en conjunto con otros 4 niños eran prioritarios, así mismo es importante mencionar que en relación a la valoración clínica por mi parte, se dificultaba con motivo de la condición clínica neuropsiquiátrica que Ángel sufría, ya que presentaba exacerbación lo que significa aumento de los síntomas neuropsiquiátricos, es decir que estos se volvían más fuertes, así mismo con su condición y con los medicamentos que se le suministraban pudo haber una alteración de su umbral del dolor. En lo que respecta a la personalidad de Ángel, puedo decir que era muy buen

paciente, personalmente puedo mencionar que me guardaba respeto ya que había buena relación médico paciente. En conclusión y a mi juicio clínico no se puede comprobar una peritonitis en ese momento, pero a la historia natural de la enfermedad bajo la condición y tratamiento del paciente se pudieron ocultar datos clínicos del abdomen agudo derivado de la condición y tratamiento que anteriormente expliqué. Así mismo en este acto deseo aclarar que una vez teniendo a la vista la nota de fecha 04 de enero de 2022 que forma parte del expediente clínico de Ángel, me percaté de un error dentro de la misma en donde se establece que Ángel era un paciente no conocido, siendo lo correcto que es conocido, lo cual se confirma con demás notas o registros que obran dentro del mismo expediente clínico. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PSP15:

“...el día 8 de Febrero del 2022 mi turno estaba programado para acudir de 08:00 horas a las 20:00 horas, sin embargo yo no me presente a laborar por problemas personales, informándole en todo momento al encargado de enfermeros siendo este PSP3, a quien conozco desde hace aproximadamente 6 meses, por que recién llego al albergue como encargado, quien a su vez me dijo que le informara a PSP25 quien es la coordinadora del albergue, a quien le mande un mensaje informándole que me ausentaría de mis labores ese día, mencionándome que tendría que acudir a recuperar mi falta el día 09 de Febrero del 2022.

Por lo que el día 09 de Febrero del 2022 me presente a laborar al albergue, arribando a las 08:30 horas, y se me asigno el dormitorio 1 de niños, y normalmente siempre se me entrega el turno por parte de mi compañero enfermero que hubiese cubierto el turno la noche anterior, pero esta vez ya se encontraba una pasante que había recibido el turno de PP29, quien me menciona que se le habían entregado a todos los menores excepto a ANGEL MORENO, quien estaba asignado al dormitorio 1, y a quien conocía desde finales de noviembre del 2021, ya que el día que fue trasladado del DIF CAPUYOS al albergue, yo estaba de turno y realice su ingreso, el acudió en compañía de una licenciada, y me entrego su kardex, expediente clínico y sus medicamentos. Y al cuestionarle a PP29 por que no estaba ANGEL esta me mencionara que se había puesto mal y que se lo habían llevado al hospital, siendo todo lo que me dijo.

Aproximadamente a las 09:00 horas, PSP3 sube al dormitorio 1, y le cuestiono por MORENO, y me dice que salgamos del dormitorio, salimos y me dice MORENO falleció anoche, entro en un paro, le dije que, si era una broma, y me comento que no, pidiéndome que no comentara nada.

Desconociendo totalmente que fue lo que sucedió un día anterior, y al momento del fallecimiento de MORENO.

Quiero agregar que yo sé que MORENO estaba diagnosticado con trastorno de déficit de hiperactividad TDH, déficit de atención, y convulsiones pero en el tiempo que estuvo aquí en el albergue no me tocó presenciar ninguna, ni me entere de ninguna; él era un niño muy tranquilo dentro de lo que cabe excepto cuando tenía sus crisis las cuales ocurrían cuando no hacíamos lo que él quería, por ejemplo en una ocasión llego a pedirme plumas, y nosotros tenemos indicaciones de no prestarle plumas a los menores sin nuestra supervisión, le dije que me esperara que ahorita que yo pudiera estar con él se la prestaría, por lo que él se molestó mucho y comenzó a gritarme cosas muy alterado, diciendo que yo quería controlarlo, a lo que le respondí que no que solo me esperara un momento y me sentaría con él un rato, pero este seguía molesto y seguía gritándome “PINCHE ENFERMERO”, “ SOLO QUIERES CONTROLARME”, y me azota la puerta.

En otra ocasión se enojó con un guardia, porque le pidió que recogiera una colchoneta que había dejado tirada, a lo que MORENO se molestó mucho y comenzó a decirle al guardia que él no sabía lo que le había pasado, que su papá mato a su mamá enfrente de él, que por eso él quería matarse.

MORENO era un niño muy sano, era rara la vez que se enfermaba, era muy raro que se quejara de dolor, o malestar físico; y era muy protector de nosotros, por ejemplo en una ocasión tuvo un altercado físico muy fuerte con V2, ese día estaban ambos en área de covid, y PSP11, y V2 y ANGEL comenzaron a discutir por que ver en la televisión, por lo que PSP11 le comento a V2 que esperara su turno, POR LO QUE SE MOLESTO V2 y golpeo a PSP11, y ANGEL MORENO se molestó al ver esa situación y comenzó a gritarle que lo dejara en paz que él no tenía por qué golpearlo, momento en el que V2 salió del área y MORENO atrás de él y le da una patada en el muslo. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PP28:

“...siendo el día 09-nueve de Febrero del año en curso, alrededor de las 07:00-siete horas de la mañana arribo a la funeraria el cuerpo de una persona masculina, de una edad aproximada de 15 años, complexión delgada, tez aperlada, cabello corto color oscuro, sin lesiones a la vista, cuerpo que me fue entregado por mis compañeros PP3 Y PP2, quienes me entregaron el cuerpo, el certificado y la ropa para preparar al cuerpo, por lo que observe el certificado y la persona respondía al nombre en vida ANGEL MANUEL MORENO, y vi que en el certificado venia como causa de muerte PERITONITIS, por lo que mis compañeros me comentan que el cuerpo solo se velaría por un lapso corto y que posterior lo cremarían, este servicio lo llenan mis compañeros en virtud de con la persona o lugar de donde recogieron el cuerpo, por lo que dicha solicitud o documento yo no lo veo ni se me entrega, por lo que en base a esas indicaciones comencé a preparar el cuerpo, al momento de preparar el cuerpo

del menor y como ya lo mencione y al tener el cuerpo a la vista manifiesto que no le observe ninguna lesiones a simple vista, por lo que termine de preparar el cuerpo alrededor de las 10:30-diez horas con treinta minutos, listo y acomodado en caja de ataúd, listo para que lo recogiera, por lo que posterior a eso yo termino mi jornada laboral y entrego mi turno a mi compañera PP12, por lo que desconozco a qué hora recogieron el cuerpo y en donde lo velaron, manifestando que desconozco las causas en que falleció el menor, así mismo desconozco de donde se recogió el cuerpo del menor ni quien solicito y/o pago los servicios funerarios y cremación del menor, ya que como lo mencione en párrafos anteriores me dedico a embalsamar el cuerpo solamente, sin embargo debe haber algún documento o solicitud en área administrativa de la Funeraria donde se solicita el servicio funerario así como la cremación. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PSP10:

“...Siendo el día 08 de febrero de 2022 yo me encontraba en DIF fabriles desde las 7:00 ya que es mi hora de entrada, aproximadamente a las 9:15 horas yo salí al comedor momento en que veo a Ángel Moreno quien me refiere que traía algo en el ojo por lo que lo chequé y me percaté que no tenía nada por lo que le dije “al ratito te pongo unas gotas” en ese momento yo lo vi bien físicamente muy bien, por lo que él se va y yo me meto al consultorio, posteriormente aproximadamente a las 9:50 horas PSP16 me informa que Ángel estaba tirado en el pasto por lo que salgo a revisarlo y me dice que estaba muy enojado porque se había ido el licenciado PSP26, por lo que se pone muy alterado y vomita en una ocasión siendo esta la primera en vez en el día, sin embargo en ese momento yo lo observé físicamente bien, por lo que aun así lo llevamos al consultorio siguiendo en dicho lugar muy alterado, la PSP20 le pregunta si sentía mal o si le dolía el estómago a lo que Ángel contesta que no se sentía mal ni le dolía nada, pero seguía muy alterado por lo que se procede a inyectarle media ampollita de olanzapina que es antipsicótico, mismo medicamento que está indicado por su psiquiatra en caso de que tuviera alguna crisis, y solo se le administró la mitad a razón de que necesitábamos que se mantuviera despierto toda vez que era importante para el estudio que se le iba a realizar el día 10 de febrero de 2022, por lo que al momento de suministrarle dicho medicamento Ángel se para y se va ya muy tranquilo, posteriormente aproximadamente a las 15:00 horas yo ya iba de salida del DIF Fabriles por lo que yo le pregunto a una enfermera de quien no recuerdo el nombre si Ángel se había dormido, respondiéndome que no, que se encontraba jugando en el patio, retirándome en ese momento de dicho lugar, posteriormente aproximadamente a las 3:00 de la mañana del 09 de febrero de 2022 mi esposo recibe una llamada de PSP20, por lo que mi esposo me pasa el celular que me estaban tratando de localizar, en ese momento PSP20 me dice que necesitaba acudir inmediatamente al DIF Fabriles ya que Ángel había fallecido de un infarto, por

lo que en ese momento me voy para el DIF fabriles, llegué y revisé la hoja de las ambulancias D34 visualizando que decía que la causa del fallecimiento fue abdomen agudo/shock séptico/covid19, aclarando que el significado coloquial del abdomen agudo pudiera ser una perforación de apéndice, al momento en que llega el médico legal quien llega aproximadamente a las 5:00 de la mañana y de quien desconozco el nombre, me pregunta si tenía conocimiento sobre datos de violencia a lo que respondo que no, que no había ningún dato o rasgo de violencia, momento en que el referido médico legal pasa a examinar el cuerpo de Ángel, es en ese momento aproximadamente a las 5:00 de la mañana del mismo día 09 de febrero en que visualicé y que estaba empezando a tener rigor mortis y apreciando en ese momento que no tenía abdomen distendido ya que tenía la playera levantada, por lo que yo procedí a retirarme de dicho consultorio, posterior a esto se empezaron a ver las cuestiones de qué se iba a hacer con el cuerpo de Ángel, pero ya no tuve conocimiento de la decisión que se tomó al final.

En conclusión, sobre la causa del fallecimiento de Ángel Moreno, no pudiera determinar la causa específica de su fallecimiento debido a las condiciones clínicas que padecía. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PSP20:

“...ahora en relación a los hechos que se investigan deseo manifestar que conocía a ANGEL MORENO desde el mes de Noviembre ya que él ingresó en el mes de Noviembre, siendo trasladado de Capullos, con su expediente clínico con los medicamentos y tratamientos establecidos que necesita, diagnosticado con trastorno de déficit de atención, discapacidad intelectual, con sus horarios y medicamentos establecidos.

El día 09-nueve de Febrero en la madrugada, tuve conocimiento de que ANGEL MORENO había fallecido en las instalaciones del albergue, desconociendo el motivo del fallecimiento, ya que recibí una llamada telefónica por parte de PSP3, en donde me informaba que en las instalaciones se encontraba la D34 atendiendo a ANGEL MORENO, sin especificarme los motivos, después me cuelga llamada y le pregunte por mensajes sobre lo que había pasado y por qué se encontraba la D34, diciéndome que ANGEL había entrado en paro, y que ya estaba la D34 atendiéndolo con el equipo de médicos completo, y fue hasta las 03:00 am el PSP26, quien en ese entonces era el coordinador me pide que me presente a las instalaciones del albergue, y al llegar también se encontraba PSP10, al llegar ya no se encontraba la D34, y nos avisan que ANGEL MORENO ya había fallecido, revisando el informe que había dejado la D34 el cual refería que había fallecido por Abdomen Agudo Shock séptico y covid, deseando agregar que ANGEL no tenía covid ya que se le había practicado una prueba covid

debido a que el día 09-nueve de Febrero en la mañana tenía un estudio en el Hospital Universitario, de electroencefalograma con supresión del sueño, ya que así lo había indicado en doctor Falcón, quien es neurólogo pediatra, dando la indicación que se omitiera la risperidona de la noche, ya que eso le ayudaba a estar tranquilo, sin embargo solicitaba que comoquiera se llevaran el medicamento cuando vaya al estudio por si se requería.

Al llegar al centro de albergue, se encontraba en cuerpo de ANGEL MORENO en el consultorio médico, pero en ningún momento entré a revisarlo. Además, se encontraba PSP26, quien actualmente es el subdirector general del Centro Capullos, a quien le informé todo lo anterior y que no me reportaron ningún incidente por los enfermeros de guardia, y que la única indicación que yo había dejado era que no le dieran el medicamento de la noche.

Ángel Moreno era una persona que ya se le había practicado una resonancia magnética de cerebro simple, en fecha 24 de Enero del año 2022-dos mil veintidós, en el Hospital Universitario, dando como resultado Híper intensidades peri ventriculares frontales, sugestiva de focos de gliosis, hiperintensidades subcorticales supratentoriales de carácter inespecífico, quiste aracnoideo retro cerebeloso izquierdo, con medidas de 11 x 6 mm, es por esto que se había ordenado realizar otro estudio de manera urgente para tener el diagnóstico completo, el cual se iba realizar el día 09-nueve de Febrero por la mañana, por lo anterior, a mi punto de vista no era una persona sana, sin embargo, no era una persona que padecía comúnmente de enfermedades comunes. Nunca supe de algún incidente grave que hubiera pasado con ANGEL. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PSP16:

“... así mismo manifiesto que conocía al MENOR ANGEL MANUEL MORENO, en virtud de que era un menor del albergue donde laboro, tengo conocimiento que ANGEL era paciente psiquiátrico, déficit de atención, batallaba para coordinar las cosas para acatar indicaciones, así mismo puedo decir que ANGEL era juguetón, amable, gracioso, cariñoso, sociable, sin embargo por los trastornos que padecía ANGEL diariamente le daba crisis o ataques de entre 1 a 2 crisis diarias, y cuando le daban los ataques se ponía muy agresivo, irritable, ofendía verbalmente, arrojaba cosas en ocasiones, se ponía a llorar, y hablaba de una muerte y de sus papas sin embargo nunca pudimos saber qué era lo que él recordaba y si esto era verdad, siempre que se enojaba gritaba "pinche cabrón", los ataques o sus crisis comenzaban por cosas muy sencillas tales como el no acatar una indicación como que regresara a su dormitorio, en algún juego de futbol que jugaban en las canchas los menores y alguien le daba un rozo o algo no le parecía y se ponía agresivo, sé

que ANGEL tomaba un medicamento prescrito diario el cual era VALPROATO DE MAGNESIO, sin recordar que otros medicamentos tenía pero eran por horarios, sin embargo estos medicamentos se le suministraban cuando entraba en alguna crisis y lo ayudaban a tranquilizarse, así mismo el día 07-siete de Febrero del año en curso, entre a laborar a las 21:00 horas y salí el día 08.ocho de Febrero del año en curso, alrededor de las 11:30.once horas con treinta minutos de ese día, por lo que el día 07-siete de Febrero del año en curso, vi a ANGEL de manera normal, es decir no se veía enfermo no se quejaba de dolor alguno, sin embargo el día 08.ocho de Febrero del año en curso, alrededor de las 11:00 horas entre a la cocina en compañía de PSP24 ya que íbamos a almorzar, y cuando estábamos ahí observe desde la puerta que ANGEL estaba agresivo, y estaba en compañía de PSP3..., estaba PSP23... quienes trataban de tranquilizar a ANGEL, hablando con él agarrándolo para que se tranquilizara toda vez que comenzó a arrojar unos garrafones que se encontraban en el patio, por lo que en ese momento le comento a mi compañera PSP24 que saldría a ver que le pasaba a ANGEL, por lo que me acerque a ANGEL y lo abrace y trate de hablar con él para que se tranquilizara, por lo que momentos después logramos que se tranquilizara un poco, y ANGEL se recuesta en las canchas que se encuentran en el patio ya un poco más tranquilo y eso observe que se acerca PSP3 y observe que le apoya su rodilla en el abdomen de ANGEL, para tratar de contenerlo en su crisis, por lo que al estar más tranquilo lo sentamos en una silla en el patio, y es cuando ANGEL se deja caer de la silla a y comienza a vomitar comida no observe sangre, ni espuma y decía que le dolía la panza, por lo que pensamos que por el enojo o por la comida que había desayunado le había caído mal, por lo que llego PSP10 a ver qué era lo que le pasaba por lo que le pregunto a ANGEL que era lo que le pasaba y él le decía que le dolía la panza, por lo pasamos a enfermería y ahí lo comenzó a revisar la doctora, por lo que en ese momento le ofrecí agua tolerándola, por lo que continua en crisis dando patadas al aire y en ese momento PSP10 le indica a PSP3 que le suministra un medicamento denominada ZYPREXA, el cual le ayuda a relajarse, por lo que posteriormente lo pasamos a su dormitorio momento en que ANGEL me dice "cárgame papi" a lo que yo solo le digo que no podía cargarlo, por lo que entre yo y PSP3 lo acompañamos a su dormitorio por lo que siendo alrededor de las 11:30 horas de ese mismo día yo termine mi jornada laboral y me retire del lugar, por lo que regrese a trabajar hasta el día 09-nueve de Febrero del año en curso, alrededor de las 08.00-ocho horas llegue a trabajar y estaba PSP3, PSP10, PSP20 y PSP23, todo parecía tranquilo, por lo que PSP3 me comento que el menor ANGEL MORENO había fallecido, que se había puesto mal que había estado vomitando y que había fallecido en el área de enfermería, así mismo me comento que había venido una ambulancia de la D34 A valorarlo pero que no pudieron hacer nada por él, no me comento nada de que había venido un médico externo a valorar a ANGEL, ni quien fuera quien certificara su muerte, así mismo manifiesto por parte del encargado del albergue en ningún momento nos hizo del conocimiento de los suscitado, así mismo manifiesto

que nunca me ha tocado ver que personal del albergue haya golpeado a algún menor o en especial a ANGEL. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PSP22:

“...Quiero manifestar que yo conocía a ANGEL MORENO desde mediados de diciembre del 2021, y se que estaba diagnosticado TDH (trastorno de déficit hiperactividad), y un trastorno del desarrollo intelectual, desconociendo el grado de profundidad; ANGEL era un niño muy inestable, regularmente tenía una actividad pacífica, y muy amoroso, pero era muy volátil, ya que presentaba episodios psicóticos y delirio diariamente, por ejemplo mencionaba mucho a su papa, pero hasta donde yo tengo conocimiento sobre su historia el no conoció a su padre, era muy amistoso, pero si alguien le daba una indicación él se enojaba y aventaba las cosas, incluso llegando a golpear a menores y personal del albergue.

El día 08 de febrero del 2022, yo arribé al centro 08:00 como siempre y me dispuse a realizar mis actividades, y como en esos días había estado un poco ajetreado el dormitorio de menores mujeres, yo salí del dormitorio para aislar a una menor que había tenido un altercado, y veo a ANGEL teniendo una crisis, pero no supe más, terminado mi turno a las 17:00 horas y retirándome a mi domicilio.

El día jueves 10 de febrero del 2022 le pregunté a mi compañera PSP23 quien también es psicóloga en el albergue, y me comentara que ANGEL MORENO había fallecido, siendo todo lo que me manifestara, y por prudencia yo no quise preguntar nada más. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PSP23:

“...Ahora bien en relación a los hechos deseo manifestar que si conocía al menor ANGEL MANUEL MORENO, quien ingreso hace un tiempo, pero sin recordar con exactitud la fecha, pero fue en el año 2021, ya que lo habían trasladado del DIF CAPULLOS, manifestando que ANGEL MORENO era un chico cariñoso, sociable, pero tenía diversos diagnósticos como déficit de atención, cuadros disiosativos, los cuales están registrados en su expediente médico, manifestando que la suscrita tiene conocimiento que lo llevaban a sus consultas con psiquiatría y neuropediatría, ya que lo veía en su expediente y en algunas ocasiones escuche que lo llevaban a sus consultas, así como también sabía que tomaba diversos medicamentos pero desconozco que tipo y la frecuencia con los que tomaba.

Por lo que en fecha 08 de febrero del año en curso, me encontraba trabajando como de costumbre, notando que ANGEL MORENO estaba muy inquieto, es decir venía

caminando por el patio con PP42, observando que estaba enojado, como queriendo entrar al área de oficinas, pero se le indico por parte de PP42 y PSP3 que no podía entrar debido a que PSP26, quien es subdirector del área de CAPULLOS no estaba en el momento y ante la respuesta comenzó a lanzar unos garrafones que se encontraban en el patio, observando así mismo que entre los enfermeros trataron de tranquilizarlos, acercándose también la suscrita para apoyar con la situación, pero él seguía molesto, manoteando e incluso insultando (maldiciendo), observando que también se aproximaba PSP16, quien lo abrazo y se lo lleva al área del pasto y la suscrita se queda platicando por un segundo con PP42, y posteriormente me traslade hacia donde ellos estaban, observando que ANGEL MORENO se encontraba acostado en el pasto y PSP16 seguía platicando con él para tranquilizarlo y yo me acerco por el otro lado, pero él seguía muy molesto e inquieto, acercándose también PSP3, quien para apoyar en la situación le coloco uno de sus pies entre pierna y estómago, pero sin percatarme si estaba ejerciendo fuerza suficiente, ya que me centre en apoyar en tranquilizarlo, por lo que después de un tiempo, ANGEL MORENO se tranquilizó, pero comenzó a vomitar con residuos de comida, pasando lo anterior aproximadamente entre las 11:00 y 13:00 horas, por lo que inmediatamente los enfermeros buscaron a PSP10 para que revisara al menor, quien platico con él unos minutos, preguntándole como sentía para posteriormente trasladarlo al área de enfermería, en donde lo recostaron y menciono que tenía sed, por lo que la suscrita fue al área de cocina por agua, al regresar observe que ya estaba nuevamente inquieto, es decir comenzó a patear los muebles, por lo que las doctoras y enfermeros comenzaron a tranquilizarlo, observando que le iban administrar un medicamento, ya que al parecer estaba teniendo una crisis (las cuales presentaba con frecuencia, en algunas ocasiones llegaba a tener alucinaciones, donde nos mencionaba que nos iba a matar, pero luego que se le pasaba volvía hacer cariñoso) y al ver que ellos ya lo tenían tranquilizado me retire del lugar, para realizar mis labores en los dormitorios y oficina, manifestando que ese día ya no lo vi después de esa situación, pero si escuche comentarios que había bajado a comer, pero que también había vomitado nuevamente, pero sin tener más detalles, por lo que llegada mi hora de salida me retire de las instalaciones, sin saber nada, por lo que al día siguiente, es decir 09 de febrero, recibo una llamada aproximadamente a las 07:30 horas, por parte de PSP26, informándome que ANGEL MORENO había fallecido, por lo que la suscrita le pregunto que como había pasado, comentándome que había acudido la D34 y habían realizado todo lo posible, pero que había fallecido de PERITONITIS, sin dar más detalles, por lo que al arribar a las instalaciones de DIF FABRILES, ya no se encontraba el cuerpo de ANGEL, toda vez que la funeraria ya se lo había llevado; sin embargo todos los compañeros comentaban la misma situación, es decir que había acudido la ambulancia y habían realizado todo lo posible, pero que había fallecido de peritonitis, según lo informado por la D34 y un doctor externo que habían traído para

dictaminar Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PSP25:

“...El día 08 de febrero del 2022 acudí al albergue a las 08:00 horas, pero tuve que retirarme a una diligencia a la Junta de Conciliación y Arbitraje ubicada en Avenida Churubusco, y tenía que atender un asunto, por lo que ya no regrese al albergue. anexando en este acto copia de la diligencia en mención.

El día 09 de febrero del 2022 acudí de nueva cuenta al albergue a las 08:00 horas para mi capacitación, y al encontramos revisando la población, el personal de enfermería me comentan que uno de los menores se había sentido mal pero que lo habían entendido. Posteriormente me involucro en el protocolo de ingreso de los migrantes, ya que habían traído a ingreso a varios menores, y se me estaba capacitando en cuanto al proceso.

Ese mismo día por la tarde le pregunte a un enfermero cual había sido la evolución del menor, y me comentan que se sintió mal y que había sido peritonitis y que desafortunadamente había fallecido, desconociendo en todo momento si se le informo a la Procuraduría del menor. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PSP27:

“... Así mismo manifiesto que conocía a Ángel Moreno desde hace aproximadamente dos años por lo que puedo decir que lo percibía como un niño contento, muy expresivo, en ocasiones me tocó presenciar algunas crisis que sufrió así como escucharlas desde mi oficina, en donde él se ponía a gritar, estaba muy inquieto, rebelde e incluso amenazaba a los enfermeros dentro de estos episodios, ya que tengo conocimiento de que era paciente psiquiátrico, por lo que días antes del día de su fallecimiento, sin recordar el día exacto, alcancé a visualizar que Ángel Moreno estaba en enfermería ya que lo estaban revisando dos doctores, desconociendo el motivo de la revisión, momentos después solo alcancé a visualizar que dos enfermeros se lo llevaron a los dormitorios, posteriormente siendo el día 09 de febrero del presente año llegué a las instalaciones de DIF Fabriles a las 8:00 horas aproximadamente, momento en que indirectamente tuve conocimiento sobre el fallecimiento de Ángel Moreno ya que escuché que varios compañeros enfermeros estaban hablando sobre eso, pero en ese momento yo no pregunté nada sobre el tema, así mismo nadie me informó nada directamente hasta el día, posteriormente en los siguientes días dos enfermeros sin recordar el nombre de estos, me informaron que Ángel había fallecido, sin embargo yo no pregunté detalles sobre este suceso,

ya que yo solo acato órdenes de mis superiores.. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PSP19:

“... Ahora en relación a los hechos que se investigan deseo manifestar que conozco a ANGEL MORENO desde hace aproximadamente 02- dos meses cuando llegó al albergue, he escuchado en los medios de comunicación que lo trasladaron de capullos a las instalaciones del albergue Febriles debido a un problema que había ocurrido en capullos. Usualmente yo no convivía con él ya que yo únicamente me encuentro al cuidado de las niñas, sin embargo, en ocasiones que salían las niñas al patio ANGEL estaba ambulando por el patio y me decía que si le podía poner una canción o que si se podía quedar en el patio con nosotras; a él le gustaba mucho estar en el patio caminado, sin embargo, cuando le decían que se metiera a su dormitorio se molestaba mucho, y comenzaba a gritar que su papá había matado a su mamá y que él también se quería morir. A lo poco que yo conocía de él, veía que era un niño muy aislado que casi no convivía con los demás menores, y sabía que estaba diagnosticado con un trauma, pero llevaba un tratamiento de medicamentos diarios, en ocasiones platicaba conmigo en el patio y me decía que tenía una hermana V4 y que la quería mucho.

El día 08-ocho de Febrero, entre 10:30 y 12:00 horas aproximadamente yo estaba en las escaleras para subir al dormitorio 2 cuando escuché que ANGEL estaba gritando en el patio que quería entrar a la oficina y hablar con la Licenciada, a lo que PSP3 le dijo que no estaba, que más tarde lo pasaba, en eso salió PSP3 y ANGEL seguía gritando que se quería meter pero le decían que no, por lo que ANGEL se enojó y agarró un garrafón de agua que estaba en el patio y lo aventó, casi pegándole a PP42 que estaba en el patio, junto con el enfermero PSP3, después salió de la cocina PSP16 y lo sometió por la espalda mientras que ANGEL gritaba que ya no quería estar ahí, que se quería morir, el PSP16 le estaba diciendo que se calmara, que todo iba a estar bien, pero en ningún momento lo estrujo o jaloneo, después vi que ANGEL estaba acostado en posición fetal en el patio y a rededor estaba PSP16, PSP23 y PP42, fue cuando yo me acerqué y vi que ANGEL empezó a vomitar, pero yo me hice a un lado y PSP23 le pidió a PP42 que llevara papel para limpiar a ANGEL y yo me subí al dormitorio con las niñas, y solo escuché que dijeron que lo iba a llevar a enfermería pero desconozco si lo llevaron y el cómo lo trasladaron. Más tarde, como entre las 16:30 y 17:00 horas estaba en el patio con las niñas y estaba PP42, quien era la que estaba encargada en el dormitorio 1 en donde se encontraba ANGEL y le pregunté cómo estaba ANGEL, a lo que PP42 me contestó que estaba dormido, después de eso terminó mi turno y ya no supe nada. Al día siguiente que regresé a trabajar a las 09:00 horas, todo como un día normal, pero como a las 11:00 horas PSP15 me informó que ANGEL había fallecido, desconociendo los motivos.

ANGEL MORENO era un niño que sabía que estaba diagnosticado con Trastorno de Déficit de Hiperactividad, y sabía que llevaba un tratamiento, pero nunca me tocó a mí darle sus medicamentos, en cuanto a enfermedades comunes nunca supe que estuviera enfermo de algo, sin embargo, a veces notaba que tenía dificultades en su habla; en su mayoría eran enfermeros hombres a quienes les tocaba cuidarlo...”

- De PSP26:

“... Y el día 09 de Febrero del 2022 aproximadamente entre la 1:45 y 1:50 de la mañana recibo una llamada de PSP3... y me comenta que el menor ANGEL se encontraba mal, que esta convulsionado y que ya estaban paramédicos de la D34 en el albergue, por lo que llame a PSP21 y le comento lo que me había comentado PSP3, enlazando la llamada entre PSP3 y PSP21, mencionando PSP3 que ANGEL entro en paro y que le estaban realizando maniobras de RCP y momentos después me informan del deceso del menor, colgué la llamada y me traslade hasta el albergue y en el camino le marco a mi superior PSP4 y le informo que ANGEL MORENO había fallecido, y me refiere que también venia en camino.

Arribando al albergue, aproximadamente a las 02:00 horas, y observo a PSP3, PSP18, PSP17, PSP13, y 2 paramédicos de la D34, y uno de los paramédicos comienza a leerme el dictamen, no recordando exactamente lo que leyó, y en eso llega PSP4 quien comienza a platicar con ellos, quiero mencionar que yo nunca entre a ver el cuerpo de MORENO.

PSP3 me refiere que el menor vomitó, que inclusive le dieron medicamento para el vómito, me comenta que él y no recuerdo que otro enfermero realizan una inspección a los dormitorios y se encuentran con ANGEL vomitando, y lo trasladan a enfermería, mencionándome que en todo momento se encontraba alerta, pero que PSP11 le toma los signos y al revisarle la presión estaba extraña por lo que llaman a la D34.

Aproximadamente a las 02:35 arriban PSP32 quien es coordinador del DIF y PSP4, y comienzan a platicar con los paramédicos de la D34 y le comentan lo sucedido, posteriormente arriba el PSP21 aproximadamente media hora después, esto mientras yo localizaba a las PSP20 y PSP10, a las 03:40 aproximadamente.

En ese lapso yo me voy al CAPULLOS por el expediente del menor, y regrese, al regresar observo que hay médico legista externo al albergue del cual desconozco su nombre, entro al consultorio donde se encontraba el cuerpo, y le doy el expediente a PSP4, y solo observe que el doctor legista tomaba notas, posteriormente observe que el expide el certificado de defunción.

Posteriormente me entero que se le llamo a la funeraria, pero arribaron a las 06:00 horas y se llevan al cuerpo, y PSP4 dialoga con personal de la funeraria comienza a

cuestionarnos si habría algún arreglo o se velaría al menor, si requerirían flores, y él les refirió que querían velarlo para que su hermano lo viera, desconociendo en qué lugar realizarían la velación y por cuanto tiempo, tengo conocimiento de que dicha velación si se llevaría a cabo, en cuanto a que pasaría después con el cuerpo desconozco totalmente la decisión que tomaron, ya que PSP4 es quien tomaría esa decisión.

En cuanto a la autorización de la cremación PSP4 tomo esa decisión esto con la finalidad de que el cuerpo no se perdiera en una fosa común de algún panteón y su hermana tuviera las cenizas de su hermano, quiero aclarar que yo estaba presente ya que eso trato en el momento que arribo la funeraria al albergue, y yo me encontraba en ese momento.

Sé que el PSP4 le dio conocimiento a la Procuraduría del Menor respecto al Fallecimiento de Ángel Moreno.

Conocí a quien en vida llevara el nombre de ANGEL MORENO desde que ingreso al albergue, él era una persona muy agresiva, con ataques de histeria, él se desprendía totalmente de su mente, en ocasiones desconocía a todos incluso a mí, sé que tenía diagnosticadas varias enfermedades mentales, pero desconozco exactamente cuales, solo que tenía un daño cerebral de nacimiento, y a dicho PSP21 sé que eso desencadenaba su comportamiento, ANGEL era un niño muy tranquilo y cooperador, pero en sus crisis se volvía muy violento, estas crisis eran muy comunes. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PP29:

“...por lo que siendo el día 09-nueve de Febrero del año en curso, ingrese al DIF FABRILES a las 07:00 siete horas de la mañana, por lo que al llegar a las instalaciones se encontraba el PSP26, PSP3, y PSP14, por lo que al llegar me dijeron que pasara al dormitorio 1 de hombres, a fin de empezar mi jornada laboral, por lo que le pregunte a uno de los menores ya estando en el dormitorio que quiera era el que había estado con ellos el turno anterior a lo que me dijeron que fue PSP14, por lo que recibí el listado de los menores que se encontraban en dicho dormitorio y empecé a pasar lista y cuando percato que el menor ANGEL MANUEL MORENO no se encontraba en el dormitorio al pasar lista, fue que pregunte al PSP3 que donde estaba el menor a lo que me dijo que había sido trasladado a un Hospital, sin decirme en que hospital ni el motivo de donde estaba internado, por lo que ese día 09-nueve de Febrero del año, paso todo el día sin noticias de Ángel, sin embargo alrededor de una semana después me entero por la red social donde estaba un video de un periodista donde hablaba de la situación de ANGEL MANUEL MORENO y donde decía que había fallecido por una peritonitis, sin embargo has el día de hoy desconozco el motivo del fallecimiento de

ANGEL así mismo desconozco lo que sucedió, así mismo manifiesto que hasta el día de hoy el encargado o el director del DIF no nos ha hecho del conocimiento de lo sucedido con ANGEL, manifiesto que yo conocía al menor ANGEL toda vez que era interno del albergue para migrantes fabriles donde estoy haciendo mi pasantía, tengo conocimiento que ANGEL había sido trasladado al DIF FABRILES, ya que al parecer había sido trasladado para acá toda vez que él menor antes estaba en DIF CAPULLOS y al parecer había participado en un incidente tipo motín donde agarraron cuchillos el MENOR ANGEL y otros más, desconozco desde que fecha ANGEL se encontraba a cargo del DIF, solo sé que estaba desde muy pequeño por abandono, ANGEL era una persona muy tranquilo, normalmente no acataba las indicaciones del personal del DIF, era sociable, sin embargo solo sé que ANGEL era un paciente psiquiátrico desconociendo que tipo de trastorno tenía, desconozco si ANGEL tomaba medicamento prescrito para tratar alguno de sus trastornos, así mismo manifiesto que en el tiempo que he estado realizando mi pasantía como enfermera en esta DIF FABRILES nunca he visto que el personal golpee a alguno de los menores o los maltrate. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PSP32:

“...El día 09 de Febrero del 2022 aproximadamente a las 02:00 de la mañana recibí una llamada de PSP4, quien me refiere que había un suceso en Fabriles y que había fallecido el menor ANGEL MORENO quien estaba ingresado en el Albergue Fabriles, ubicado en calle Fabriles, S/N, colonia Fabriles, Monterrey, Nuevo León; pregunte qué había pasado y me dijeron que había tenido un dolor en el estómago, que él se iba a trasladar al centro FABRILES, por lo que yo llamo al PSP55 pero no obtuve respuesta.

Por lo que llamo a PSP4 para preguntarle cómo iban las cosas, el me comenta que había que llamar a un médico para que certificara la muerte de ANGEL, y le digo que por que no le llama al PSP21, y me comenta que era mejor que fuera una persona externa para que no hubiera un mal entendido, me pregunta que si conozco a alguien a lo que le comento que no, pero ingrese a google con el fin de encontrar a un doctor que pudiera ayudarnos, pero no obtuve respuesta; por lo que comencé a pedir algún contacto, y PSP80 quien también trabaja en el DIF CAPUYOS, me paso el número de PP4, por lo que inmediatamente se lo envía a PSP4 para que se pusieran en contacto con él. Posteriormente aproximadamente 3 o 4 horas después, como a las 05:00 o 05:30 horas, PSP4 me pregunta si conozco algún servicio funerario, a lo que le comento que, sí que contamos con convenios con funerarias, por lo que contacto a PP28, y yo se la comuniqué a PSP4.

En todo momento tuvimos contacto PP28, PSP4 y yo, esto con el fin de que la funeraria solo llegara a levantar el cuerpo, y que ya estuviera listo el certificado de defunción cuando ellos llegaran. Quiero mencionar que en ese momento el responsable del ALBERGUE FABRILES era PSP26, aclarando que en ningún momento tuve contacto con él, ni mucho menos hablamos sobre el fallecimiento de ANGEL.

El día 09 de febrero del 2022, aproximadamente a las 13:30 horas yo acudí a la velación de ANGEL MORENO y a la misa de cuerpo presente, y en el lugar también se encontraban, PSP4, una abogada, una psicóloga, la madrina de ANGEL, y las personas que tienen los expediente, de quienes desconozco sus nombres, pero sé que trabajan en la PROCURADURIA DEL MENOR, también estuvo presente V4. Sé que el cuerpo después de la velación fue cremado, y sé que la velación la autorizo PSP4, además Tengo entendido que PSP4 le dio aviso a la PROCURADURIA DEL MENOR.

Ángel y su hermana tenían mucho tiempo ingresados en el DIF CAPULLOS, pero recientemente es decir desde noviembre del 2021 ANGEL ingreso al Albergue Fabriles, esto con motivo del altercado sucedido en CAPUYOS donde 04 menores tomaron cuchillo, y por alrededor de 1 hora estuvieron amagando enfermeras, sin embargo, yo nunca tuve contacto directo con los menores.

Existe un manual de operaciones del DIF, del cual allego copia simple en este mismo acto. En mi opinión, y mi poca experiencia en el tema, eso fue lo que PSP4 decidió, yo no sé si hubiera actuado de la misma forma. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PSP12:

“... por lo que siendo el día 08- ocho de Febrero del año en curso, ingrese a las 19:00 diecinueve horas de ese día, por lo que al llegar a las instalaciones del albergue FABRILES se encontraba mi compañero PSP81, quien me entrego el turno y quien me comento que todo había transcurrido con normalidad, así como PSP11, PSP18, PSP3, PSP31, Y PP10 Y PP9, por lo que al llegar inicie, y me salí al patio ya que alrededor de esas horas los menores cenan o están jugando en el patio, por lo que todo transcurrió de forma normal, mencionado que se me hizo raro que al menor ANGEL no lo vi jugar en el patio, por lo que PSP11 me comento que ANGEL se encontraba algo enfermo diciéndome que tenía temperatura y que se encontraba en su dormitorio acostado, por lo que por lo que siendo aproximadamente las 23:20 horas vi que PSP11 traía semi cargado a ANGEL a la enfermería ya que se había comenzado a sentir más mal y que tenía mucha temperatura y donde lo atendieron entre PSP11 Y PSP3, en ese momento vi a Ángel entrando a la enfermería, a quien vi

decaído, consciente, traía encima una cobija, a quien escuche que ANGEL pedía agua a los enfermeros por lo que seguí mis labores normales, por lo que momentos después alrededor de las 00:00 cero horas es decir ya del día 09-nueve de Febrero del año en curso escuche que uno de los enfermeros hablaba por teléfono solicitando una ambulancia de las D34, por lo que momentos después arribo una ambulancia de la D34 a las instalaciones del DIF FABRILES, por lo que les abrí la puerta y les di el acceso, por lo que los acompañe a enfermería a fin de que revisaran al menos, por lo que me quede en la entrada del albergue y escuchaba que los enfermeros le decían a los paramédicos que ANGEL en el transcurso del día había tenido fiebre. vómitos y que decía que le dolía el estómago, así mismo escuche que ANGEL en ese momento vomitó, por lo que alrededor de unos minutos vi que PSP11 salió de la enfermería y salió corriendo y fue a la ambulancia por una camilla, así mismo vi que volvió a salir y lo vi entrando con un aparato como para reanimar a una persona de esos que usan los doctores, por lo que me acerque a la enfermería y vi que los enfermeros se encontraba algo inquietos y en eso vi que uno de los paramédicos le estaba dando reanimación a ANGEL quien estaba en una camilla ya que le apretaba el pecho con fuerza con ambas manos, por lo que momentos después escuche que los paramédicos estaban diciendo que ANGEL ya no tenía signos vitales, por lo que en ese momento comencé a marcarle a la PSP25 pero al no poderla localizar le hable a PP13 a quien le comente lo que estaba sucediendo y me dijo que le hablaría al PSP4, por lo que momentos después recibo una llamada del PSP4 a quien le cuento lo sucedido, momentos después llego al albergue, así mismo llego el PSP26 a quien le comente lo sucedido, así mismo llego una patrulla de fuerza civil al albergue ya que el policía que se queda en las noches de nombre PSP44 había pedido apoyo, quien el mismo los atendió, por lo que les dieron acceso a las instalaciones y empezaron a preguntar que era lo que había pasado así mismo los observe platicando con PSP26 y con el PSP4 desconociendo que fue lo que hablaron, por lo que alrededor de las 03:00 tres horas de la mañana llego a las instalaciones un doctor que conozco solo de vista quien está en el DIF CAPULLOS quien llego al lugar y reviso ANGEL desconociendo que más hizo en dichas instalaciones, así mismo momentos después llego la doctora que es medica en el albergue de fabriles, y como alrededor de las 06:00 -seis horas de la mañana arribaron a las instalaciones del DIF FABRILES personal de la funeraria desconociendo de cual, quienes llegaron a recoger el cuerpo de ANGEL, siendo todo lo que yo supe y vi ese día, manifestando que conozco como ANGEL toda vez que era un adolescente internado en el DIF FABRILES sin embargo ya lo conocía del DIF CAPULLOS, puedo describir a ANGEL como una persona juguetona, inquieto, sociable, así mismo sabía que ANGEL era paciente psiquiátrico, sin saber que trastornos tenia, así mismo desconozco si ANGEL tomaba algún medicamento o estuviera bajo un tratamiento, así mismo sé que ANGEL fue trasladado a este albergue de fabriles ya que ANGEL antes estaba en Capullos y ANGEL y otros tres adolescentes habían realizado algunos destrozos allá, así mismo

sé que ANGEL tenía diversas crisis en la que se ponía muy agresivo, se alteraba. violento, arrojaba cosas, gritaba muchas cosas, sin embargo, los enfermeros siempre trataban de tranquilizarlo, desconozco los motivos de la muerte de ANGEL así mismo manifiesto que por parte de la encargada del DIF hasta la fecha no nos han informado de lo sucedido con ANGEL...”

- De PSP31:

“...El día 08 de Febrero del 2022 llegando a las 20:00 horas, y aproximadamente a las 22:40 horas, yo estaba en mi dormitorio cargando mi teléfono y escuche que aventaron la puerta, y pensé que alguien quería escaparse, por lo que me asome y entra PSP18 al dormitorio y le pregunto qué pasa, ya que la veía muy agitada, y me dice que MORENO se había puesto mal que había entrado en paro y lo habían bajado a enfermería, que estaban paramédicos de la D34 y que necesitaba una extensión que la habían pedido paramédicos y estaba buscando una, por lo que baje a enfermería a ver qué pasaba y al llegar a enfermería observo que estaban PSP3, PSP18, PP30, PSP11, y paramédicos de la D34 dándole maniobras de RCP a ANGEL MORENO, y en eso un paramédico dice “FALLECIO EL MENOR” y me quede en shock. Posteriormente el día 09 de febrero del 2022 aproximadamente a las 08:10 horas, le pregunte a PSP3 que es lo que había pasado con MORENO, quien había venido por él, y me comento que había venido a una funeraria por él, desconociendo que paso después, ya que no pregunte nada más. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PP30:

“...por lo que siendo el día 08 de Febrero del año en curso, entre al albergue fabriles a las 20:00 veinte horas, y al llegar se encontraba PSP3, PSP11, PSP14, PSP31 y PSP18, por lo que recibí el turno en compañía de PSP18 en el dormitorio 2 de niñas, por lo que me entere que el menor ANGEL MORENO tenía fiebre y que se sentía mal, yo supe esto porque PSP11 se lo comento a PSP3, sin embargo no supe más, por lo que alrededor de las 00:00 cero horas ya del día 09 de febrero del año en curso, entre a enfermería y se encontraba el menor MORENO a quien observe recostado en la camilla consiente aún, quien estaba acompañado de los enfermeros y cuestiono que le ocurría por lo que PSP11 me comento que seguía con fiebre, sin embargo yo lo vi y lo observe mal, es decir se veía pálido, deshidratado, ojeroso, por lo que me comentaron que había pedido apoyo a una ambulancia de las D34, quienes llegaron momentos después, por lo que los paramédicos comenzaron a revisarlo los enfermeros le comentaban los síntomas que ANGEL había tenido, en ese momento ANGEL comenzó a irritarse, así mismo ángel vomito y los paramédicos le pusieron suero, por lo que en ese momento ANGEL MORENO se desvaneció y en eso uno de los paramédicos empezó a decir que ANGEL había caído en paro, por lo que

comenzaron a realizarle RCP, es decir reanimación cardiopulmonar, es decir aprietan el pecho de ANGEL, así mismo lo conectaron a un monitor que marcaba el ritmo cardiaco de ANGEL, en eso me percató que uno de los paramédicos le administra un medicamento vía intravenosa sin yo saber que era, por lo que momentos después los paramédicos empezaron a succionar sus pulmones por la boca y por las fosas nasales y cuando comenzaron a succionar por las fosas comenzó a salir sangre, donde yo siento que eso estuvo mal ya que no se debe succionar por las fosas nasales si no por la boca, la succión se hace normalmente cuando el paciente o la persona trae flemas y estuviera sufriendo una broncoaspiración cosa que ANGEL no tenía ya que no estaba enfermo de gripa o de algo viral en días anteriores, por lo que en virtud de que las maniobras no funcionaron, dejaron de hacer las maniobras y dijeron que ANGEL ya no tenía signos vitales, por lo que los paramédicos no dijeron la causa de la muerte, simplemente preguntaban qué era lo que había pasado que si estaba enfermo o algo a lo que PSP11 solo les comento que había tenido fiebre por la tarde cuando el recibió el turno, por lo que tapamos el cuerpo de ANGEL con una sábana blanca ya que él quedó sin vida en la camilla, por lo que momentos después me retire al cuarto de las niñas a seguir con mis labores, conocía a ANGEL MANUEL MORENO en virtud de que como ya lo mencione realice mi pasantía en el DIF FABRILES el cual funge como albergue de adolescentes migrantes, desconozco por qué ANGEL se encontraba internado, así mismo tengo conocimiento que ANGEL era niño psiquiátrico y que tomaba diariamente antipsicóticos desconociendo cuales exactamente, los cuales le ayudaban a evitar entrar en crisis, ANGEL era un adolescente tranquilo, sociable, sin embargo cuando entraba en una crisis se ponía agresivo, irritable, gritaba, arrojaba cosas, se quería pelear con todos, yo ese día a ANGEL no le observe ningún tipo de lesión visible que pudiera haber causado su muerte, así mismo desconozco lo que la ocasiono, en lo que llevo aquí realizando mi pasantía nunca me ha tocado observar que nadie del personal haya golpeado a algunos de los menores. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PSP33:

“... por lo que en relación al menor ANGEL MANUEL MORENO, en virtud de que era un adolescente que llego aquí al albergue fabriles aproximadamente en el mes de Noviembre del año pasado, en virtud de que al parecer había participado en algunos conflictos en el DIF CAPULLOS, por lo que puedo decir que ANGEL MANUEL MORENO, que era tranquilo, acataba indicaciones, servicial, amigable, cantador, así mismo sé que ANGEL era un paciente psiquiátrico es decir que tenía problemas mentales, sin embargo a mí nunca me dijeron que padecimientos tenía, así mismo en el menú de ANGEL era el mismo de todos los adolescentes, así mismo se que ANGEL tenía crisis donde ANGEL se ponía agresivo, irritable, lloraba en ocasiones, arrojaba cosas hacia el vacío, golpeaba al personal y a los demás adolescentes, así mismo

ANGEL tenia estas crisis cuando tanto como el persona y los demás adolescentes lo molestaban el personal lo molestaban en cuestión de que le decían que estaba loco, o que estaba tonto, entre ellos lo molestaban PSP3 y otro enfermero delgado de lentes de quien no recuerdo su nombre, ay le decían "TE VAMOS A INYECTAR", así mismo los demás adolescente le pegaban en ocasiones o le gritaban que estaba tonto o loco así mismo tengo conocimiento que a ANGEL lo inyectaban cada vez que tenía estas crisis, desconociendo que le inyectaban sin embargo sé que era para tranquilizarlo, la salud de ANGEL era buena era rara vez que él se enfermaba, por lo que siendo el día 08 de febrero del 2022, alrededor de las 07-siete de la mañana, cuando llegue se encontraba PSP23, y la psicóloga, , por lo que recuerdo que el menor ANGEL bajo al comedor y si almorzó, por lo que siendo alrededor de las 11:00 de la mañana me encontraba en el área de la cocina, la cual se encuentra en la parte de atrás de las instalaciones por el patio, me encontraba acompañada de PSP34, PSP23, PSP63, PSP16 y PSP3, cuando de repente escuchamos unos ruidos como si gritaran proveniente del patio, por lo que en ese momento veo que PSP3 sale de la cocina y en eso los demás y yo nos asomamos por la puerta de la cocina para ver qué era lo que sucedía, y en eso veo que ANGEL se estaba peleando con otro niño que conozco como A8, desconociendo el motivo, sin embargo en eso veo que PSP3 se puso a discutir con ellos y en ese momento observo que PSP3 le da un golpe con el puño cerrado en la cara al menor ANGEL, por lo que en ese momento les "PORQUE ESE PERRO LE PEGA ASI" ya que a mí me dio mucho coraje, por lo que en ese momento PSP16 se sale de la cocina y se va directo con ANGEL y lo agarra del cuello rodeándolo con ambos brazos y se lo lleva hacia las canchas sintéticas de futbol que se encuentran en el patio para retirarlo del problema, por lo que en eso observo que ANGEL estaba tendido sobre las canchas cuando de manera repentina llega PSP3 y a mí observar de manera agresiva se deja caer con fuerza encima del abdomen del menor ANGEL en manera de agresión poniendo le la rodilla en su abdomen, minutos después de que observo esto ANGEL comienza a vomitar, por lo que solo les comente a los compañeros que esto había estado muy mal sin embargo yo seguí con mis labores toda vez que tenía que tener lista la comida a las 14:00 horas, por lo que solo observe que a ANGEL, por lo que a la hora de la comida pregunte a PSP17 que si ANGEL no iba a bajar a comer, a lo que me dijo que no, ya que desde que lo subieron no había parado de vomitar puro liquido amarillo, por lo que yo tuve que continuar mis labores, por lo que siendo alrededor de las 18:30 a las 19:00 horas del mismo día 08 de Febrero del año en curso, vi que bajo ANGEL a comer y ahí lo observe Pálido, débil, por lo que me senté donde él estaba y le dije que comiera algo, pero ANGEL no me pudo decir ninguna palabra, y tampoco comió solo se llevó un poco de refresco, por lo que a las 19:00 horas yo termino mis labores y ya es hasta el día 09-nueve de Febrero del año en curso, alrededor de las 07:00 horas entre a laborar alrededor de las 09:30 horas y en eso me percató de la ausencia de ANGEL MANUEL MORENO por lo que le pregunto a uno de los enfermeros que donde estaba

ANGEL ya que no había bajado a almorzar y me comento el enfermero que a ANGEL se lo había llevado una ambulancia a un Hospital sin decirme a cual, decirme tampoco el motivo de su traslado, por lo que siendo hasta el día jueves que yo descanse recibí una llamada telefónica por parte de PSP34, y me dice que ANGEL había fallecido sin decirme en donde, cuando ni el motivo, diciéndome que PSP25 le había comentado de la muerte de ANGEL pero que le había pedido que no dijera nada ni comentara nada, así mismo manifiesto que hasta la fecha de hoy nadie del DIF ni del albergue FABRILES nos han hecho del conocimiento de los sucedido con ANGEL todo lo que se ha sido por compañeros o por redes sociales, así mismo manifiesto que días antes el menor ANGEL MANUEL MORENO no presento malestares días antes incluso ni semanas antes del día 08 de Febrero del año en curso, así mismo manifiesto que si me ha tocado ver que personal, más que nada enfermeros que se comportan de manera agresiva con los adolescentes, y han llegado a la agresión...”

- De PSP36:

“... Ahora bien El día 10-diez de febrero del año en curso, llegue a la Sucursal Fabriles, aproximadamente a las 07:00-siete de la mañana y una compañera me menciona lo siguiente: “Oye falleció Angelito, porque se había puesto malo del estómago, por lo que me sorprendí mucho y le mencione que le ha de haber caído mal la comida”, posteriormente proseguí con mis actividades, recordando que el día 08-ocho de febrero del año en curso, yo acudí a Sucursal Fabriles de 07:00-siete de a la 15:00 horas, pero siendo aproximadamente las 10:00-diez de la mañana me dijo personal de psicología que acudiera a la cancha a fin de limpiar vómito, el cual pertenecía a Ángel, logrando visualizar que había vomitado toda la comida del desayuno completa. Posteriormente siendo el día 10-diez de febrero del año en curso, recibí un mensaje de mi hermana, en el cual me mandaba una captura de pantalla de la página publicaban que una en la Sucursal Fabriles había muerto un niño, por lo que le contesto que hasta donde yo tenía conocimiento falleció a causa de un dolor en el estómago, ya que era todo lo que me habían comentado. Cabe mencionar que era un niño de quien solo tengo conocimiento llevaba el nombre de Ángel de 14-trece años y a quien conozco desde que el menor tenía 04-cuatro años, toda vez que anteriormente Ángel se encontraba en Sucursal Capullos y yo labore en la misma aproximadamente 16-dieciseis años, era un niño el cual padecía crisis, en las cuales demostraba ansiedad, no quería seguir reglamentos y se encontraba a la defensiva, las cuales variaban ya que el encierro lo mantenía muy alterado y estresado, por lo que para poder tranquilizarlo intervenían los enfermeros y psicólogos, quienes para poder aquietarlo, lo sometían abrazándolo por la espalda de una manera brusca, puesto que Ángel era un niño que mostraba conductas agresivas cada que querían calmarlo. Además, quiero hacer mención que nunca he presenciado un acto de agresividad de parte de los empleados del DIF hacia los menores, la única agresión

que he visto es entre los niños ya que juegan muy brusco. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal.”

- De PSP34:

“En relación a los hechos que se investigan manifiesto que conozco a ANGEL MORENO, quien cuenta con las siguientes características físicas alto, delgado, tez aperlada, cabello negro, de aproximadamente 14 años de edad, y es un niño que se encontraba internado en el Dif Fabriles, desde hace algún tiempo sin recordar tiempo exacto ya que el niño se encontraba anteriormente en CAPULLOS, describiendo a Ángel Moreno como un niño normal, tranquilo el cual siempre estaba acompañado con un enfermero diferente, solamente tenía contacto con el niño al momento que les daba el almuerzo o la comida, desconociendo que padecimientos tenía el niño.

Sigo manifestando que hace unos 15 días me di cuenta por la red social que ANGEL MORENO había fallecido, mas no tengo conocimiento de los motivos por los cuales haya fallecido, así mismo tampoco me di cuenta que en mi trabajo estuviera ocurriendo algo diferente ya que por las mismas obligaciones laborales que tengo, no cuento con mucho tiempo para estar fuera de mi lugar de trabajo la cual se encuentra al fondo de las instalaciones del Dif fabriles y la cual solo cuenta con una ventana pequeña que da hacia el patio pero no me percate de algo extraño ocurriera con Ángel. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal.”

- De PSP37:

“...Que el día martes 8 de febrero del año en curso siendo alrededor de las 10:00 a.m. yo iba caminando por el área de deportes ya que salía del baño e iba rumbo a la lavandería en ese momento observe que se encontraban diversos niños jugando y Ángel se encontraba recostado en el suelo y su cabeza sobre las piernas de un enfermero del cual no recuerdo el nombre y solo lo distinguí por su vestimenta y que era un varón el cual tenía a MORENO boca arriba solo se veía que vomitaba, y el enfermero se encontraba reanimando al menor, y una hora después aproximadamente una menor de la institución me llevo una playera de color negro la cual refirió que era de MORENO y estaba vomitada por lo cual yo la tome y la puse en un recipiente de agua; no tengo conocimiento que haya tenido algún conflicto con otro niño, enfermero o personal de la institución. Solo sé que Ángel estaba vomitando y en diversas ocasiones vomitaba. Desconozco si el niño presentaba alguna enfermedad. Y cuando salí de mi turno ya no lo ví, ya que yo salgo de mi lugar de trabajo; Sé que Ángel era de una estatura promedio, de tez aperlada, cabello negro y corto, edad de aproximadamente 13 años, ese día tenía puesta una playera negra y pantalón, misma que me llevaron más tarde. Días después me percate del

fallecimiento del menor por las redes sociales y por qué mi hija me informo. En días posteriores en la institución no logre ver ningún acontecimiento fuera de lo normal. Agregando por último ella se enteró por medio de su hija al sábado próximo que trabajo que el niño MORENO falleció, desconociendo los motivos y las causas de su fallecimiento, ya que en el lugar de trabajo no se hablaba del tema...”

- De PSP35:

“...Ahora bien, es mi deseo manifestar que conocí a Ángel Manuel Moreno, quien era un menor de aproximadamente 14 años, sin embargo, solo lo conocía de vista, y es hasta el mes de noviembre del 2021 que el ingresó a Fabriles, y en dicho ingreso tuve la oportunidad de conocerlo personalmente ya que lo veía en el parque jugando, o cuando pasaba por su comida al área del comedor ya que siempre me saludaba, destacándose que era un niño amoroso, pero otra veces se comportaba un poco violento con sus compañeritos, quienes lo hacían enojar mediante burlas, y en esas ocasiones lo que hacía era aventar las cosas, y en otras ocasiones lo veía en el patio solo, por lo que en cuando eso ocurría, el personal de aquí lo tranquilizaba, lo tomaban de la mano y lo subían a su habitación, aclarando que en alguna ocasión llegué a escuchar a personal de aquí mencionar que el menor tenía una enfermedad, como una discapacidad, desconociendo exactamente qué.

Asimismo, refiero que en el mes de noviembre del 2021 me percaté por medio de las noticias que cuatro menores habían ocasionado daños en capullos, por lo que sin recordar fecha exacta, al día siguiente en que ocurrieron los disturbios en capullos, yo llego y veo que están tres de los menores que habían salido en las noticias, en el área covid para ingresar a Fabriles, siendo los tres menores de nombre V1, V2 y Ángel, este último a quien ubiqué sin problema, sin embargo, en dicho lugar nunca se habló que tuviera algún problema psicológico, así como tampoco no noté violento, sino que únicamente lo llegué a ver un par de veces pasar. Asimismo, es mi deseo manifestar que el día lunes 07 y martes 08 de febrero del 2022 me encontraba descansando, y el miércoles 09 de febrero del año en curso llegué a mi lugar de trabajo, por lo que en la hora del desayuno me percaté inmediatamente de que Ángel Moreno no se encontraba en el comedor, de esto me percaté toda vez que no son muchos niños los que hay aquí, sino que son aproximadamente 48 niños, siendo además que Ángel Moreno siempre me saludaba, por lo que en virtud de ello le pregunté por el niño a PSP34 y esta me informó que el niño estaba enfermo, sin saber el motivo.

Cabe aclarar que dentro de Fabriles hay un área donde los menores son atendidos por PSP19, PSP67, PSP18, PSP16, PSP31, PSP13, y en cambio otros en ocasiones son internados, dependiendo el problema que presenten.

Ahora bien, con relación a los hechos quiero manifestar que una semana anterior al 09 de febrero del 2022, me percaté de que Ángel se sentía mal, ya que en dos ocasiones no había querido comer, sino únicamente probó la comida y después no la quiso, por lo que le pregunté el motivo y sólo me dijo que no quería, que tenía asco, pero esto fue sólo únicamente en la hora de comida, ya que en la hora de la cena si probó sus alimentos.

Después del 09 de febrero del año en curso yo ya no supe nada de Ángel, pero no me pareció extraño ya que como referí, me habían informado que se encontraba enfermo, por lo que pensé que todavía no se recuperaba, y me encontraba preocupada porque no lo había visto en días, además de que ha ocurrido anteriormente que algún niño cuando presenta convulsiones se lo lleven al Hospital, por lo que por dicho motivo me encontraba preocupada, sin embargo, es hasta la siguiente semana cuando me enteré de lo que había ocurrido, ya que en el transcurso de la tarde acudió personal de la Fiscalía y es en ese momento me entero que Ángel Moreno había fallecido, toda vez que yo estaba esperando que estuviera el área libre del comedor para comenzar a servir la cena a los niños y escuché que el personal de la Fiscalía estaba realizando entrevistas, incluso hablaron con algunos niños y fue ahí cuando escuché que Ángel Moreno había fallecido, sin embargo, dicha información nunca nos fue proporcionada por personal de fabriles...”

- De PSP38:

“...el día 15 de febrero del año 2022 recibí un reporte de PSP25 quien es la encargada del albergue FABRILES, esto con el fin de extraer las videograbaciones se de las cámaras de vigilancia, instaladas en el ya mencionado albergue FABRILES, sin decirme el motivo de la solicitud y se que existen alrededor de 12 cámaras de seguridad instaladas a lo largo de las instalaciones del albergue sin saber la ubicación exacta de las mismas, para atender dicho reporte ese mismo día es decir el día 15 de febrero del presente año se envió a PSP39, a fin de que realizara lo mencionado, reportándome más tarde PSP39 que las cámaras tenían la fecha equivocada del año 1970, y las mismas no habían estado grabando, le mencione que entrara con el usuario y la contraseña pero no se obtuvo respuesta favorable, esto pudo haber sido por que pudieron haber cambiado las contraseñas, ya que por sí solo no se pueden cambiar desconociendo quien tienen acceso a las contraseñas de las cámaras, por la cual acudí el mismo día por la tarde aproximadamente a las 13:30 como apoyo a las instalaciones del DIF FABRILES a fin de verificar que pasaba y opto por realizar el reseteo de las contraseñas desde la página <https://ipcamtalk.com/pages/hikvision-password-resettool/> por lo que al ingresar a dicha página solicita el número de serie del DVR así como la fecha actual de las cámaras, obteniendo un código el cual se ingresa al DVR para que permita

cambiar la contraseña, siendo exitoso el cambio de contraseña por lo cual se creó otro usuario desde hace cuánto tiempo las mismas no lo hacían.

De acuerdo a mi experiencia, los DVR tienen una pila y si esa pila no funciona es decir si no tiene batería y se llega a ir la luz regresa a una fecha indistinta. En cuanto a los hechos investigados no tengo conocimiento de lo ocurrido...”

- De PSP39:

“... Siendo la última vez que acudí el día jueves 24 de febrero del año en curso toda vez que PSP38 me solicitó los videos correspondientes al 22 de febrero del año en curso de las instalaciones de Fabriles, con relación a la cámara que se encuentra al final del corredor principal a un lado de los baños de hombres, sin especificar el motivo por el cual me los solicitaron.

Asimismo, es mi deseo manifestar que en dichas instalaciones de Fabriles se instalaron catorce cámaras de seguridad hace aproximadamente cuatro años, las cuales se dejaron en constante funcionamiento desde ese momento, desconociendo todo este tiempo si en algún momento dejaron de funcionar pues en ningún momento me informaron lo contrario, sino hasta el 09 de febrero del año en curso.

Ahora bien, en relación a los hechos suscitados el día 08 de febrero del año en curso es mi deseo manifestar que yo no tengo el manejo de las cámaras, y en cuanto al funcionamiento de dicho sistema de monitoreo es mi deseo destacar que el mismo puede ser controlado por cualquier persona que pueda tener conocimientos de informática o mediante algún tutorial de internet ya que no se requiere de mucho conocimiento para obtener las videograbaciones.

Posteriormente, el día 09 de febrero del año en curso, PSP38 me informa que tengo que acudir al DIF Fabriles y ya estando ahí el me iba a dar las indicaciones para obtener el video que solicitaban, es decir, la fecha, la hora y la cámara de la cual se sacaría el video correspondiente, sin embargo, mi jefe no me informó de dichos datos puesto que le informé que no podía acceder al sistema ya que al querer acceder al mismo me informaba el sistema que la contraseña era invalida, aclarando que sólo tenemos acceso PSP38, el suscrito, así como los de seguridad, quienes desconozco sus nombres, solo sé que el encargado de seguridad actualmente ya no labora a partir de este mes de febrero, por lo que es evidente que alguien manipuló o cambió dicha contraseña toda vez que como ya manifesté, nosotros que conocíamos la contraseña previamente no pudimos acceder con la misma y posteriormente pedí apoyo técnico y al no obtener éxito me dirigí a mi oficina ubicada en la avenida morones prieto por una laptop y posteriormente me constituí nuevamente al DIF Fabriles en compañía de PSP38 y es así como entro a una página que se utiliza para

restablecer la contraseña por lo que pudimos acceder al sistema y es en ese momento que nos percatamos que solo se mostraba la fecha “01 de enero de 1970” dándonos cuenta que esa cámara no tenía ningún video grabado, destacando que el motivo por el cual no se grabó ningún video pudo haber sido por una falla eléctrica o bien, porque alguien los eliminó.

Por lo que una vez que nos percatamos de ello, es decir, desde el momento que reestablecimos la contraseña, configuramos las cámaras instaladas en Fabriles y a la fecha de hoy se encuentran en total funcionamiento...”

- De PSP40:

“... por lo que siendo el día 08-ocho de Febrero del año en curso, entre a las 7:30 horas de ese día sin recordar quien ya estaba en las instalaciones a esa hora, por lo que yo ingrese, se encontraba conmigo PSP37 quien también me ayuda en dicha área, por lo que para mí ese día fue normal no me entere de ningún suceso, por lo que yo me retire de las instalaciones del albergue alrededor de las 17:00 horas sin alguna situación relevante, por lo que siendo el día miércoles 09 de Febrero del año en curso, ingrese nuevamente alrededor de las 07:30 de la mañana, y cuando llegue inicie, no me percate de la ausencia de ANGEL, y el día transcurrió normal es decir no me entere de nada relevante ni nada en relación a ANGEL, por lo que después de una semana aproximadamente me entere por las noticias que el MENOR ANGEL MANUEL MORENO quien era interno en mi lugar de trabajo había fallecido, sin embargo yo decidí no preguntar ni comentar nada, manifiesto que hasta el día de hoy nadie del DIF nos ha dicho al personal lo sucedido con ANGEL, yo solo me entero por lo que veo en las noticias, así mismo manifiesto que nunca me ha tocado ver que alguien del personal golpee o maltrate a los adolescentes. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De A8:

“...Que si conocía a MORENO ya que estábamos juntos en el mismo albergue del DIF, desde finales del año pasado, porque para la posada de diciembre ya estaba MORENO aquí, de quien desconozco los motivos del porque se encontraba aquí, yo casi no le hablaba pero si lo conocía de vista tranquilo, amigable, nunca lo vi enfermo él se veía bien de salud, pero a MORENO le daban crisis casi a diario de una 1 a 3 veces por día, en las crisis MORENO se ponía muy agresivo tanto con el personal como con nosotros, es decir los demás internos del albergue, golpeaba al personal, lloraba, pero los enfermeros trataban de tranquilizarlo, nunca se quejó de algún dolor durante o después de las crisis, desconozco si a MORENO tenía alguna enfermedad o si padecía de algo, así mismo sé que MORENO tomaba medicamento, sin saber qué tipo de medicamento era, pero normalmente se los daban por las tardes todos los

días, recuerdo haberlo visto tomar ese medicamento tipo pastilla, tampoco se para que era el medicamento que tomaba, dicho medicamento se lo daban los enfermeros que estuvieran de guardia, a MORENO le daban las crisis por cosas muy simples ya que se enojaba por que no hacíamos lo que querían, como por ejemplo quería cambiarle a la televisión, o porque quería salir al patio cuando no era nuestro turno, por lo que siendo el día 08 de Febrero del año en curso, alrededor de las 10 o 10:30 horas me encontraba en el patio ya que se encontraba con PSP64, recuerdo que ese día no vi a MORENO no bajo a haber ejercicio con nosotros, por lo que después del ejercicio yo me subí a mi dormitorio y me quede dormido, alrededor de las 14:30 horas me encontraba en el comedor ya que salimos a comer y recuerdo ver a ANGEL en el comedor lo vi que comió y después lo vi que se fue nuevamente al dormitorio, pero como yo dormía abajo pues ya no supe más de ANGEL, por lo que pasaron como dos días y escuche que los enfermeros decían que MORENO se encontraba en el hospital, pero no supe porque estaba en el Hospital ni tampoco el porqué, yo no sé si MORENO se sentía mal en esos días, tampoco lo vi vomitar”. MORENO y yo discutimos días antes es decir el sábado antes del día 08 de Febrero de este año porque me acuerdo ya que en la cocina estaba PSP35, ya que MORENO estaba en el patio tirado en las canchas teniendo una crisis ya que no se quería subir al dormitorio, vi que estaba PSP11 ahí con él y cuando yo salí de mi dormitorio que está en el primer piso para ver qué era lo que pasaba ya que se escuchaban gritos, y cuando MORENO me ve, se para del piso y se me abalanza y me comienza a golpear ahí en las canchas del patio por lo que yo solo me cubrí, por lo que los enfermeros me lo quitaron de encima y los enfermeros se lo llevaron a enfermería donde pienso que le dieron algún medicamento para que se tranquilizara y luego quiero pensar que se fue a su dormitorio porque ya no lo volví a ver ese día, pero no recuerdo que los enfermeros le hayan pegado ni que le hayan hecho nada malo para que se tranquilizara...”

- De PP7:

“...Ahora bien, respecto a los hechos que originaron la presente carpeta de investigación, siendo el día 09-nueve de febrero del año en curso, aproximadamente a las 01:00-una de la mañana, recibí un reporte de la central de radio, informándome que un masculino de 14-catorce años en el DIF Fabriles, ubicado en la Calle Fabriles, sin número, Colonia Fabriles en Monterrey, Nuevo León, presentaba disnea que significa dificultad respiratoria, cianosis, que significa la palidez en la piel y dolor abdominal, reportándolo como sospechoso de covid a causa de la disnea, por los que nos trasladamos en la unidad número 131, en compañía de PP5 y PP6, arribando al lugar alrededor de la 01:20 de la mañana, en donde mis compañeros y yo descendemos de la unidad y comenzamos a prepararnos con un equipo de protección usando guantes, bata cubre bocas, careta, entre otras, cumpliendo el protocolo de covid, puesto que nos pasaron el paciente como sospechoso de covid,

para posteriormente ingresar mis compañeros PP5 y PP6 a la sucursal Fabriles mientras que yo procedía a acomodar la unidad, ya que acomodar la unidad de manera que no estorbe al momento de querer salir urgentemente si es que es necesario. Después sale mi compañero PP6 y me dice que ingrese al DIF a fin de que apoye en la atención, toda vez que el paciente se encontraba en paro cardiorrespiratorio, motivo por el cual ingreso y veo que se encuentra una persona del sexo masculino sobre un camastro, coincidiendo su apariencia con la edad que nos habían informado, siendo este un adolescente, quien contaba como vestimenta un pantalón de mezclilla y una camiseta blanca, mismo que encontraba acompañado una persona del sexo masculino quien no se identificó conmigo, ya que mi compañeros habían ingresado con anterioridad y es probable que se haya identificado con ellos, pero mencionó que era enfermero adscrito al DIF Sucursal Fabriles, quiero mencionar que a simple vista en las áreas que podía visualizar, no presentaba lesiones visibles, solo note que estaba muy pálido, lo que normalmente se presenta por una deshidratación severa, después mis compañeros iniciaron la reanimación cardiopulmonar, lo que comúnmente se conoce como “RCP”, donde el medico realizaba la ventilación con el ambu y oxígeno y el enfermero aspirándolo, utilizando un aspirador y una sonda de aspiración, mientras que yo los apoyaba con las maniobras de RCP, sin embargo el menor ya no presentaba signos vitales, estuvimos alrededor de 30-treinta minutos realizando RCP, siendo el tiempo estimado que es necesario realizar dicha reanimación, posteriormente el médico nos indicó que ya no había que hacer y procede a mencionar la hora fallecimiento, sin recordar cual fue la hora en que feneció, además comenzó el llenado de su historial clínico, mientras que mi compañero PP6 y yo procedimos a recoger nuestro equipo, siendo el monitor, suero, aspirador, así como limpiar el área y nuestro equipo que utilizamos.

Posteriormente el enfermero y yo nos salimos del lugar, esperando al médico que se quedó dentro del DIF, sin tener conocimiento de que es lo que converso con personal del DIF, cabe mencionar que también se encontraba una unidad de Fuerza Civil en el estacionamiento del DIF Fabriles, sin embargo, no vi que acezaran al inmueble, posteriormente siendo aproximadamente las 03:00-tres de la mañana nos retiramos del lugar dirigiéndonos a la Base Médica Revolución a la cual estamos asignados. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PP5:

“...en cuanto a los hechos que se investigan refiero que el día 09 de febrero de 2022 al estar en mi estación de servicio junto con mi compañeros de unidad PP6, y PP7, este último recibió vía frecuencia un reporte para que acudiéramos a prestar un servicio a Albergue Fabriles ubicado en la Colonia Fabriles del Municipio de Monterrey, Nuevo León, mencionando en dicho reporte que había una sospecha de

Covid de una persona de 14 años de edad con cianosis) palidez, por lo que a bordo de la unidad 131 acudimos los tres hasta dicho lugar arribando a las 01:20 horas y por protocolo nos comenzamos a vestir con el equipo necesario por ser sospecha de Covid) posteriormente un guardia de seguridad quien nos permitió el acceso a mi compañero PP6 y a mí, quedándose mi compañero PP7 en la unidad la cual se quedó al exterior del lugar y al ingresar me entrevisto con una persona del sexo masculino de quien no recuerdo su nombre solo que se identificó como enfermero mismo que nos llevó hasta una habitación que era el área de enfermería y al exterior de dicho lugar se encontraban otras 3 o 4 personas del sexo masculino a quienes no puse atención, así mismo había dos elementos de Fuerza Civil por lo que posteriormente comienzo a escuchar gritos de quejidos al interior del área de enfermería y al ingresar observo a una persona del sexo masculino de apariencia menor de edad el cual llevaba puesto una playera y un pantalón sin recordar el color de la vestimenta mismo que se encontraba de pie junto a una cama de exploración el cual era quien se quejaba de dolor al tiempo que se retorció, por lo que le pedí al enfermero que acostara al joven en la cama de exploración y entre él y otra persona del mismo albergue ayudaron al joven a recostarse, empezando a llenar el historial clínico del paciente por lo que le pregunté al enfermero que antecedentes clínicos tenía el menor, mencionando el enfermero que tenía trastorno de hiperactividad, y que tomaba varios medicamentos mencionándome tres de los cuales de momento solo recuerdo dos de ellos que son el "Valproato de magnesio el cual es para las convulsiones y el otro era Risperidona que es un tranquilizante, y el otro medicamento esta apuntado en el historial que llene ese día y al preguntarle al enfermero sobre algún otro antecedente o alergias lo negó y en ese momento entre el enfermero y la otra persona que le estaba ayudando lograron controlar al joven ya que este se movía mucho y forcejeaba con ellos logrando sentarlo en la cama de exploración para tomarle la presión arterial la cual era de 80/40 dándome cuenta que la persona estaba chocado es decir que no tenía el volumen de líquidos adecuados, preguntándole en ese momento al enfermero el porqué de dicha situación refiriéndome que el joven tenía 12 horas con dolor abdominal y vómitos por lo que le pregunto cuántas veces había vomitado respondiendo el enfermero que más de 10, observándole al menor los ojos hundidos y la boca seca, por lo que le ponen el oxímetro y este no marcaba, logrando contarle al menor 24 respiraciones por minuto, y en ese momento dice el enfermero que el menor había tenido temperatura de 39 grados, acostando al menor en la cama de exploración percatándome que el mismo tenía el abdomen distendido es decir inflamado y al empezar a palparlo el menor de edad entra en un paro cardio respiratorio y le aviso a mi compañero PP6 que trajera todo el equipo, canalizando al menor en ese momento y empezando el procedimiento de RCP avanzado por un tiempo aproximado de 20 a 25 minutos pero este va no reacciona, declarando la defunción a la 01:50 horas del mismo día 09 de febrero de 2022, agrego que al momento de ocultar el cuerpo del menor de edad no le aprecie ningún hematoma o

lesión visible, solo secreción de vomito por lo que en ese momento por protocolo les pido la firma del responsable a fin de entregar la hoja del historial clínico para confirmar que se había brindado el servicio pidiéndome que esperara a que llegara una persona, esperando aproximadamente de 20 a 25 minutos llegando una persona del sexo masculino de quien no recuerdo su nombre solo que era alto, de tez moreno, complexión robusto quien se identificó como el sub director del lugar a quien le explique lo que había pasado mencionándome dicha persona que esperara un poco más a que llegara otra persona para que me firmara mi hoja de servicio y a los pocos minutos dicha persona realiza una video llamada y me comunica con otras dos personas del sexo masculino a los cuales les informe de igual manera lo que había pasado y el procedimiento que se había realizado siendo todo lo que les comente terminando la llamada y a los 20 minutos aproximadamente llego hasta el lugar una de las personas que estaban en la video llamada de quien no recuerdo su nombre pero era de estatura alta, tez blanco, complexión delgado el cual se identificó como el director del albergue quien me firmo el historial clínico que llene sobre el servicio prestado dándole a él la copia del mismo, mencionándole a dicha persona que lo más recomendable por la situación era el que se le realizara la autopsia de ley al menor refiriéndome dicha persona que él lo checaría con un médico, siendo todo lo que comentáramos por lo que nos retiramos del lugar a las 03:06 horas del día 09 de febrero de 2022 comunicándole lo anterior a mi central de radio para la bitácora de la cual en este momento anexo una copia a la presente acta de entrevista...”

- De PP6:

“...refiere que siendo el día Miércoles 09 de Febrero del 2022, se encontraba laborando en las instalaciones de la D34..., transcurriendo su día laboral con normalidad, así mismo recibe un servicio aproximadamente a las 01:08 horas en donde se le mencionaron que una persona menor de edad del sexo masculino presentaba disnea, falta de aire, vómito, y dolor abdominal ubicado en el DIF Fabriles, por lo que se dirige junto con el PP5 y el PP7 arriba de la ambulancia 131 de la Corporación D34... y al llegar al lugar aproximadamente a las 01:22 horas, descienden de la Unidad y se colocan el equipo de protección personal debido al servicio que se les pasó por sospecha de covid, posteriormente sacan de la ambulancia una camilla en la cual colocan un botiquín de primeros auxilios el cual contiene en su interior medicamentos de urgencia, instrumentos para paro respiratorio y de signos vitales, un monitor y equipo de vías aéreas el cual consiste en un tanque de oxígeno y el apoyo ventilatorio, ingresando inmediatamente a las Instalaciones del DIF Fabriles en donde una persona del sexo masculino de tez morena, de estatura mediana, complexión robusta, se presentó ante ellos como

Enfermero del DIF Fabriles y los pasa al área de Enfermería en donde les presento al menor de edad el cual no se veía bien de salud, alcanzando el entrevistado en ese

momento a observar una charco de agua tirada en el piso, resultado de los vómitos del menor, así mismo observa que el menor tenía palidez en el rostro y signos de deshidratación por lo cual en primera instancia le pusieron el oxímetro y se le checo la presión arterial, posteriormente el Doctor indica colocarle suero fisiológico y canalizarlo, al hacer dicha acción le pide el entrevistado al enfermero del DIF Fabriles que sostenga el suero fisiológico a una altura apropiada accediendo esta persona a colaborar, momento en el cual el menor de edad cae en paro respiratorio por lo cual PP5 se encarga de realizar la Resucitación Cardio Pulmonar (RCP) por un lapso de 30 minutos en los cuales la persona menor de edad presentó ausencia de signos vitales quedando registrada la hora de defunción aproximadamente a las 02:00 horas del día 09 de Febrero del 2022, estando presentes en el lugar la persona entrevistada, el PP5, el PP7 y personal del DIF Fabriles, refiriendo que de las Instalaciones del DIF Fabriles se retiraron aproximadamente a las 03:00 horas del día 09 de febrero de 2022...”

- De PP42:

“...el día 08 de Febrero del año en curso, ingrese a laborar alrededor de las 08:00- ocho horas de la mañana, por lo que cuando llegue y me asignaron el dormitorio 1 de hombres adolescentes, por lo que inicie mis labores es decir llego al domicilio, levanto a los adolescentes, les indico que deberán de asearse y hacer el aseo de su lugar de dormir, y posterior se les brinda tiempo libre para ver la televisión o salir al patio, manifiesto que conocía al MENOR ANGEL MANUEL MORENO, en virtud de que era un adolescente interno en este albergue, y puedo decir que ANGEL era una persona amable, sin embargo de manera muy repentina su actitud y humos cambiaba es decir se ponía agresivo e irracional contra el personal o a veces en contra de los demás adolescentes, nos arrojaba cosas o nos empujaba, nos gritaba palabras altisonantes, sé que ANGEL era un paciente psiquiátrico, desconociendo que trastornos tenia, sé que tomaba medicamento desconociendo que tipo de medicamento, pero sé que era para tranquilizarlo, por lo que ese día 08 de Febrero del 2022, por lo que pase lista y ANGEL se encontraba en el dormitorio, recuerdo que él se veía bien de salud, por lo que ese día no recuerdo que ANGEL se sintiera mal, ni que vomitara, siendo alrededor de las 10:00 diez horas, recuerdo que a ANGEL le dio una crisis ya que estaba tratando de entrar a las oficinas ya que quería entrar a hablar con la encargada del albergue es decir con PSP25, sin embargo se le trato de explicar a ANGEL que la encargada no estaba y en eso ANGEL agarro un garrafón de agua y lo arrojó hacia donde yo me encontraba sin embargo no alcanzo a pegarme y el garrafón se hace pedazos, por lo que en ese momento llega el enfermero PSP3 quien es encargado de enfermería a tratar de tranquilizarlo, diciéndole que esa no era la manera de solicitar las cosas, sin embargo ANGEL se puso más agresivo y le decía a PSP3 que lo iba a golpear, a lo que PSP3 le decía que se tranquilizara que no era para que se pusiera así, por lo que me puse en medio de los dos y en ese momento

intento tranquilizar a ANGEL y suelta un golpe y me da a mí en el área del hombro, en ese momento llega PSP16 otro enfermero y le dice que se calme así mismo también llego PSP23, así mismo en el área del patio se encontraba PP8 a distancia de donde nosotros estábamos, y en ese momento PSP16 lo arrojó al piso para que se calmara y ya no siguiera agredándome, es decir PSP16 entro en mi defensa, por lo que ANGEL al estar en el piso PSP3 y PSP16 se ponen frente a él, por lo que PSP23 y yo nos movimos un poco más atrás de donde estaba ANGEL, es decir resguardándonos ya que según el protocolo de actuación (...) en ese momento PSP3 al estar frente a ANGEL, en ese momento escucho como un golpe, ya que como réferi me hice hacia atrás y no alcanzaba a ver todo, instantes después me acerco ANGEL estaba en el piso en posición de conchita y agarrándose el estómago y decía que le dolía mucho el estómago y en ese momento comenzó a vomitar, me imagino que el golpe que escuche fue el que le dio PSP3 y que por eso comenzó a vomitar, por lo que en ese momento sale PSP10 y les dice a los enfermeros que lo metieran a enfermería y vi que le pusieron un medicamento intramuscular sin embargo desconozco si fue un medicamento para tranquilizarlo o para el dolor que decir que le dolía el estómago, también le dieron una pastilla de paracetamol, y en ese momento le decía ANGEL a PSP16 "PAPI LLEVAME AL DORMITORIO, PORQUE NO PUEDO" a lo que PSP16 le contesto "MIJO AYUDAME QUE NO PUEDO CONTIGO", por lo que ya que lo llevaron a su dormitorio, ya el transcurso del día se la paso acostado en su dormitorio, y seguía vomitando muchas veces más, por lo que alrededor de las 14:00 horas de ese mismo día me acerque a ver a ANGEL y lo vi que seguía vomitando y en eso que veo el vómito era como color rosa claro con puntos rosas más fuertes, por lo que en ese momento le reporte a PSP3 que ANGEL seguía muy mal y que seguía vomitando y su aspecto se veía mal, sus ojos se veían sumidos y negros, su piel se veía amarilla, y en ese momento PSP3 me da un ibuprofeno y me comenta "dile a ANGEL que ya es el último medicamento que le damos, que se aguante hasta la noche", desconociendo si PSP3 paso el reporte de que ANGEL se encontraba mal a alguien más o a algún superior, por lo que volví al dormitorio y le di el medicamento a ANGEL y en ese momento me pidió PERDON por haberme aventado el garrafón a lo que le comente que no se apurara y en ese momento ANGEL me comento que le dolía intensamente el estómago ya que PSP3 le había pegado en el estómago, por lo que en ese momento baje a donde estaba PSP3 y le comente que ANGEL ESTA DICHIENDO QUE LE HABIAS PEGADO EN EL ESTOMAGO a lo que PSP3 me comenta "ES QUE SI LE PEGUE, SHH (haciéndome la seña de silencio es decir el dedo índice en la boca) NO LE DIGAS A NADIE", por lo que ANGEL ya en todo momento se quedó acostado en su dormitorio y siguió vomitando sin embargo alrededor de las 17:00 horas de ese mismo día me reasignan al dormitorio de las niñas y posteriormente yo salí de laborar alrededor de las 20:00 horas y ya no supe que paso, por lo que días después por un compañero PSP82 que está en capullos como enfermero, que ANGEL había fallecido, que a él le habían comentado eso, por lo que regrese a laborar al

albergue el día sábado 12 de Febrero del año en curso, a las 08:00 horas, y al llegar me asignan en el dormitorio 3 de hombres donde estaba encargado el enfermero PSP31 y alrededor de las 10:00 va PSP31 a la habitación donde yo estaba y me comento que MORENO había muerto, sin decirme de que, ni en donde, así mismo me comento que había gente de la Fiscalía que iban a entrevistar a los trabajadores desconociendo más del asunto, así mismo después del día martes 08 de febrero del año en curso, los enfermeros me decían que en el censo que hacemos de los adolescentes ya no pusiera a ANGEL ya que según esto estaba en el Hospital, sin embargo el protocolo es que si un adolescente está en el hospital el nombre del menor se pone en el censo y solo se hace la anotación de que estaba en el Hospital, así mismo manifiesto que cuando un menor se altera debe de ser contenido por un enfermero, así mismo me entere por A3 y A4 de quien no recuerdo sus apellidos me comentaron que PSP3 les había pedido que lo apoyaran "cambiaran las versiones", como que dijeran diferentes número de enfermeros, así mismo 21 de Febrero del año en curso, alrededor de las 10:20 le marco a PSP3 a su teléfono celular, ya que en mensajes me pedía que le marcara ya que yo no estaba en el albergue ya que el domingo en la mañana salí de guardia y me comento en dicha llamada que tenía miedo sin decirme de que, a quien o a que, a lo que yo solo le dije que se tranquilizara a lo que él me dice que confiaba mucho en mí y me comenta necesito que me apoyes, sin decirme en que, así mismo manifiesto que ANGEL me llamaba en ocasiones "mamá" y así mismo sé que a PSP16 y a PSP13 les decía papá ya que en diversas ocasiones lo escuche que así les decía, así mismo manifiesto que en diversas ocasiones días antes del 08 de Febrero del año en curso, observe que los otros adolescentes golpeaban a MORENO y que los enfermeros no intervenían, así mismo dos semanas antes del día 08 de Febrero del año en curso, recuerdo que A3 le dio una cachetada a ANGEL MORENO dejándole marca en la cara..."

- De PP8:

"...El día 08 febrero del 2022, arribe al albergue a las 6:30 de la mañana al albergue, ya que es la hora en la que hacemos cambio de guardia mi compañero y yo, que en esa ocasión era PP9, por lo que me incorpore al área de los dormitorios, para disponerme a realizar mis rondines.

Y aproximadamente entre las 13:00 y 14:00 horas ANGEL MORENO se encontraba como todos los días jugando en la cancha, ya que él siempre se encontraba en el patio, y en ese momento ANGEL estaba en las escaleras platicando con una adolescente, pero dentro del albergue no está permitido el contacto entre mujeres y hombres, es cuando el enfermero PP41 le llama la atención y le dice que eso no está permitido, que se baje, momento en el que A8 quien es un adolescente que también se encuentra en el albergue, escucho lo que sucedía y le grito a ANGEL que se bajara de aquí que si no iba a ir por él, y ANGEL se quitó la camisa y se bajó para agredirlo,

golpeándolo en el brazo, por lo que A8 lo golpeo en el mentón, cayendo ANGEL al suelo, momento en el que intervino el enfermero PP41 sosteniendo a ANGEL, pero lo sueltan ya que se estaba poniendo muy violento, la situación estaba fuera de control, en ese momento también interviene PP42, entonces ANGEL corrió y tomo un garrafón de agua vacío, y se lo aventó a PP42, entonces en ese momento intervienen el enfermero PSP3 quien es el encargado de enfermería y PP41 y PSP16 que también son enfermeros, entonces PSP3 y PSP26 comienzan a forcejear tratando de controlar a ANGEL MORENO es decir le agarraban los brazos para que no siguiera tirando golpes, mientras PSP16 le decía que se calmara, que se tranquilizaran, ya que en otras ocasiones cuando PSP16 le hablaba a ANGEL este se calmaba, pero esta vez no fue así, ANGEL seguía muy alterado, en ese momento PSP16 se lleva a ANGEL a las canchas, PSP16 interviene y toma a ángel de las manos y lo tira a la cancha, pero yo no pude ver que es lo que estaba pasando ya que me estaban tapando la visión todos, porque estaban todos de espaldas hacia mí, y como nosotros no tenemos permitido intervenir en estas situaciones, yo me quede atrás en mi punto , pero se escuchó un golpe en seco y de acuerdo a mi experiencia y en mi capacitación en mis funciones, al escuchar el golpe me di cuenta que se escuchaba muy similar a un golpe con el puño en el estómago, además de que instantes después de escuchar el golpe vi como ANGEL se hacía bolita tocándose el estómago y empezó a vomitar, posteriormente PSP3, PSP16 y PP41 lo levantan y lo llevaron a enfermería; y ya no supe de ANGEL, hasta la hora de comida, que el bajo por su comida y se llevó su comida al dormitorio, cosa que ANGEL nunca hacía, de hecho no bajo ni a la cancha, y él siempre estaba en las canchas, retirándome al terminar mi turno a las 19:00 horas, sin saber nada más. Ese día también se encontraban en el albergue PSP31 y PSP34.

El día 09 de Febrero del 2022, arribe al albergue como todos los días a las 06:30, y observe que aquí estaba PSP26, PSP4, y más personas a las que desconozco, por lo que al intentar registrarme en el libro de entrada no me dejaron, y me mandaron de inmediato a mi área, donde mi compañero PP9 me entrego el cambio de turno y me menciono que había 04 egresos, y como en todo el día no vi a ANGEL MORENO yo supuse que había sido uno de ellos, ya que en las mañanas muy temprano el bajaba y nos saludaba de puño a todos. Ese mismo día en la noche ya encontrándome en mi domicilio, mi pareja de nombre PP11 me enseñó un reportaje en su celular, donde estaban diciendo que había fallecido un menor en el albergue fabriles, y estaban pasando una foto de aquí del albergue, y mencionaron el nombre de ANGEL MORENO, es de la manera que yo me entere que había fallecido.

Quiero mencionar que yo sé de los protocolos de contención que hay que aplicarle a los niños, ya que aquí se nos dio capacitación al respecto, pero ese día 08 de Febrero del 2022 nunca se aplicó el protocolo, incluso en otros incidentes de ANGEL MORENO con A3, ya que peleaban constantemente, los enfermeros no aplicaban los

protocolos de contención, a tal grado que los propios adolescentes internados son los que aplicaban el protocolo, para separar a MORENO y A3, por ejemplo un día antes es decir el día 7 de febrero ANGEL MORENO tuvo un altercado con A3, donde A3 lo aventó por las escaleras, desde el dormitorio uno hasta el descanso, nadie intervino, a pesar de que ANGEL MORENO se quejaba de dolor en su brazo.

Yo conozco a Ángel Moreno desde que ingreso al Albergue, ya que lo había trasladado de capullos por unos disturbios, él era un niño muy amable con todos, le gustaba mucho estar en la cancha, y estar platicando, llegaba y a todos nos saludaba, él era muy apegado a PP42 y PSP16 a quienes les decía mamá y papá respectivamente, y sé que también PSP13, en algunas ocasiones me manifestó que él era ciudadano americano. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PP9:

“...siendo el día 08 de Febrero del año en curso, alrededor de las 19:00 horas ingrese a mi lugar de trabajo, en compañía de PP10, estando asignado en el área del patio, así como PSP66 en área de covid, así como PSP12 el área de frente del albergue, por lo que inicié mis labores con toda normalidad, por lo que en el patio estaban las niñas en su tiempo libre, por lo que seguí mis labores normales, por lo que ese día iba saliendo de guardia PP8 quien me pasa el listado de número de adolescentes que se quedan en cada dormitorio, ya que son 3 dormitorios y área de covid, por lo que siendo alrededor de las 22:00 horas me percate que el enfermero PSP14 le comenta al enfermero PSP14 quien estaba de encargado de turno ese día que ANGEL se sentía mal, por lo que me percate que los enfermeros comenzaron a monitorearlos desde su dormitorio, por lo que alrededor de las 01:15 horas de la madrugada ya del día 09 de Febrero del año en curso, vi al enfermero PSP11 y otro mas que no recuerdo, vi que bajaron a ANGEL MORENO de su dormitorio el cual venia caminando por su propio pie, ya que yo me encontraba en el área del patio, por lo que pensé que lo llevaban a enfermería ya que como ya lo referí momentos antes escuche que ANGEL se sentía mal, sin embargo yo no entro a enfermería ya que no puedo dejar mi punto donde me toca brindar seguridad, por lo momentos después entro al baño, que se encuentran a un lado de enfermería y observo que en el área de recepción y el lobby se encontraban PSP11 quien es enfermero PSP14 quien también es enfermero, PSP18 y PP30 en el albergue así como PSP12, sin embargo no pregunte nada solo entre al baño y volví a salir, en un momento de la madrugada escuche que PSP11 decía que solicitarían una ambulancia de las D34 para solicitar atención medica al menor, por lo después de las 02:00 horas de ese mismo día 09 de Febrero del año en curso, sin recordar la hora exacta PSP11 quien es enfermero salió a donde yo me encontraba es decir en el patio, donde me comento que ANGEL había fallecido, sin decirme de que, sin embargo me imagine que había fallecido en el área de enfermería

ya que como ya lo réferi momentos antes los enfermeros lo habían llevado a esa área, así mismo momentos después arribo al albergue el PSP26 y PSP4 quien se que es el director del DIF, sin embargo como ya lo mencione el patio es mi punto fijo y no me puedo mover de ahí, ya no supe mas detalles de la situación, conocía al adolescente ANGEL MORENO de vista en virtud de que pues era un adolescente , sin embargo a ANGEL el daban crisis en donde se ponía agresivo, lloraba, arrojaba cosas, desconozco si ANGEL tenia alguna enfermedad o trastorno, sin embargo yo pienso que si por como se comportaba a veces, las crisis le entraban en virtud de que la gente no hacia lo que él quería, o situaciones sencillas en algún juego con otros adolescentes y que no le gustara se comenzaba a molestar, así mismo no recuerdo si ANGEL tomaba algún tipo de medicamento, manifiesto que a la fecha el encargado del albergue no ha comentado nada en relación a lo suscitado con ANGEL, desconociendo que fue lo que paso. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PP10:

“...El día 08 de Febrero del 2022 arribe al albergue Fabriles, ubicado en calle Fabriles, colonia Fabriles, Monterrey, Nuevo León, aproximadamente a las 18:50 horas, y al arribar me dispuse a cambiarme y ponerme mi uniforme, y después me dirigí al patio el cual es mi punto fijo, entregándome el cambio de turno mi compañero PP8, y aproximadamente entre las 12:40 de la madrugada del día 09:00 de Febrero, observo que PSP11 y PSP14 bajan del dormitorio uno al menor ANGEL MORENO, esto por su propio pie, y estos iban diciendo que traía temperatura, y lo metieron a enfermería. Aproximadamente 20 minutos después, PSP11 se acerca conmigo y nos dice que el menor ANGEL MORENO había falleció.

Al terminar mi turno es decir a las 07:00 horas del día 09 de Febrero del 2022, salgo y me doy cuenta que esta mucha gente en la entrada, entre ellos PSP26 quien era el coordinador del Albergue en ese momento, y el PSP4 quien solo sé que es el Director, además estaba una doctora de estatura media, delgada, cabello negro, además de PSP11, PSP14, PSP18, PSP31, y PP30; lo que me pareció normal por lo que había acontecido en la madrugada, es decir el fallecimiento del menor ANGEL MORENO, pero yo me retire a mi casa, esto sin hacer más preguntas de lo sucedido. Yo conozco a Ángel Moreno desde que fue ingresado al Albergue, debido a que tuvo un incidente en CAPULLOS con otros compañeritos, solo sé que se puso agresivo; él era un niño muy amable con todos, nos saludaba, pero cuando no le daban lo que quería se ponía muy agresivo, en una ocasión él se estaba columpiando en una puerta y quebró el cerrojo, y le dije mira lo que hiciste, y se puso muy violento y comenzó a golpearme, pero yo no hice nada, hasta que intervino PSP11 y PP41, pero yo les dije que no había problema que lo dejaran desahogarse, ya después el solo dejo de golpearme, y los

enfermeros hablaron con él, y ya se puso a jugar, como si nada pasara. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PSP3:

“...conocía al ADOLESCNETE ANGEL MANUEL MORENO en virtud de que era un interno de mi lugar de trabajo, lo conocía alrededor del mes de Noviembre del año pasado que llego al DIF fabriles ya que él antes estaba en capullos y tengo conocimiento que lo trasladaron a él y otros menores ya que al parecer habían participado en unos disturbios que habían pasado en capullos, así mismo puedo decir que ANGEL MANUEL MORENO, era juguetón, le gustaba jugar futbol, le gustaba dibujar, era algo sociable, sin embargo ANGEL padecía TDH, es decir TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN, y cuando le daban crisis ANGEL se ponía muy agresivo, se ponía a insultar al personal o sus mismo compañeros, así mismo arrojaba cosas, en ocasiones se golpeaba a sí solo, así mismo decía cosas de su papá como que recordaba que había sufrido alguna agresión, asimismo que ANGEL estaba bajo un tratamiento médico, es decir se le suministraba VALPROATO DE MAGNECIO, el cual desconozco para que se utiliza, pero me imagino que era para calmar sus crisis, aclarando que dicho medicamento ya lo tenía prescrito por parte de PSP10 y PSP21, por lo que dicho medicamento se le suministraba cada 08 ocho horas, por lo que siendo el día 08 de Febrero del año en curso, ingrese a laborar al ALBERGUE FABRILES, a las 08:00 ocho horas de la mañana, por lo que al llegar me percate que ya se encontraba PSP19, PP42, PSP16, PSP23, PSP24, así como los guardias de seguridad de los cuales no recuerdo sus nombres en este momento, por lo que inicie mis labores comencé a realizar pendientes, por lo que siendo alrededor de las 10:30 me dispuse a almorzar, por lo que siendo alrededor de las 11:00 horas me dispuse a realizar un recorrido en dormitorios y todo estaba de manera normal, y en eso me percate que en el patio se encontraba ANGEL quien estaba muy insistente en hablar con PSP26 quien antes era encargado del albergue fabriles, ANGEL golpeaba la puerta que da a las oficinas, y gritaba el nombre de PSP26, por lo que en ese momento al estar yo en el área del patio cerca de donde estaba ANGEL, veo que PP42 baja del dormitorio 1 de hombres donde PP42 era la encargada ese día, y donde ANGEL dormía, por lo que se acerca a ANGEL y le dice que se calme, por lo que veo que ANGEL que toma un garrafón de agua vacío y hace como si le fuera a pegar con el garrafón, por lo que yo me acerco y le digo a ANGEL que se calme que no era la manera de hablarle a PP42, por lo que en ese momento arroja el garrafón en dirección a PP42 pero lo estrello contra el piso, por lo que ANGEL seguía muy agresivo y en eso PSP16 se acerca a donde estamos ANGEL y yo, en ese momento observo que se encontraba PSP23, PSP24, PSP25, PP42 como ya lo mencione así como PSP19, por lo que PSP16 y yo y tratamos de tranquilizarlo, es decir PSP16 lo abraza por detrás con ambos brazos y yo lo agarro de los pies, y lo cargamos y tratamos de llevarlo al dormitorio, sin embargo ANGEL comenzó a zangolotear y a moverse mucho y

optamos por soltarlo, dejándolo en el piso de las canchas, y en ese momento ANGEL se recuesta de lado y comienza a vomitar, observando que el vómito se veía como comida, no se queja de ningún dolor, por lo que en ese momento le hablo a PSP10 para que fuera a revisar a ANGEL, por lo que sale al patio la doctora y le pregunta que como se siente, solo le refiere que la comida le había caído mal, por lo que PSP10 se lo llevo hacia la enfermería a revisarlo, ANGEL camino por su propio pie, y yo los seguí en compañía de PSP16 y PP42, y en enfermería la doctora le pregunto que como se sentía nuevamente y Ángel solo respondió que la comida no le había gustado y en ese momento ANGEL volvió a entrar en crisis es decir se tornó agresivo nuevamente y comenzó a patear, por lo que la doctora me indica que le suministre medicamento denominado OLANZAPINA, el cual sirve para tranquilizarlo, es decir que salga de su crisis, por lo que le inyecte 3 cc, por lo que ANGEL comenzó a llorar y decía que quería hablar con PSP26 y que su papá había matado a su papá, por lo que le decimos que se vuelva a tranquilizar, por lo que PSP16 le dice que si ya se quiere ir a su dormitorio, a lo que ANGEL dice que si, que lo llevemos cargado, por lo que PSP16 lo agarra de las axilas y yo de las piernas, pero por el área de las canchas nos dice que lo soltemos, por lo que lo bajamos y él se va por su propio pie a su dormitorio, en ese momento veo a ANGEL bien, no se veía enfermo ni se quejaba de algún dolor, así mismo ese día toco educación física con el maestro PSP64 de quien desconozco sus apellidos, y vi a ANGEL que bajo con el maestro ya que él siempre le ayudaba a acomodar cosas para que los demás hicieran ejercicio, por lo que alrededor de las 17:00 horas de ese mismo día me avisa A4 quien es otro adolescente interno del albergue me avisa que ANGEL había vomitado nuevamente ya que a esa hora aproximadamente los toca la colación, por lo que voy al comedor me acerco a donde estaba ANGEL y veo que efectivamente había vomitado, por lo que no reporte lo sucedido con ningún superior ni tampoco le di medicamento, por lo que sin recordar la hora exacta PSP11 quien entro de guardia y es enfermero me comenta que ANGEL se veía mal, como decaído y que había vomitado, así mismo me dijo que le había tomado la temperatura a ANGEL y que la tenía normal en 36 grados, por lo que alrededor de las 00:00 horas es decir ya la madrugada del día 09 de Febrero del año en curso, me dispuse a subir a los dormitorios y al entrar al dormitorio 1 donde estaba ANGEL lo reviso y veo que había vomitado otra vez y que si se veía mal, por lo que PSP11 le hace un vaso de leche caliente por lo que en ese momento reviso a ANGEL esto en compañía de PSP14, por lo que le digo algunas indicaciones para revisarlo, es decir le pedí que alzara los brazo, que se inclinara que hiciera como si brincara la cuerda y ANGEL pudo hacer todas estas cosas sin quejarse de dolor ni nada, pero como yo lo veía mal, es decir se veía cianótico, es decir su piel se veían pálida, las pupilas las tenía chiquitas, y ya solo articulaba algunas palabras por lo que en ese momento PSP14 marco a las D34 solicitando una ambulancia, por lo que entre PSP14 y yo no lo llevamos a la enfermería, y bajo por su propio pie, en ese momento les aviso a los guardias que llegaría una ambulancia de las D34 ya que MORENO se

sentía mal, por lo que pusimos a ANGEL en la enfermería, trate de localizar a PSP10, a quien le hice del conocimiento que ANGEL se encontraba algo mal esto lo realice mediante mensajes sin embargo al no tener respuesta de ella, le hablo a PSP20, comentándole lo sucedido, por lo que alrededor de la 01:00 horas del día 09 de Febrero del año en curso, arribo la ambulancia y cuando llegaron los paramédicos les comentamos el cuadro de síntomas de ANGEL uno de los paramédicos me solicita los datos de ANGEL y me preguntan que si el menor tomaba medicamentos por lo que le enseñé el CARNET de él, por lo que los paramédicos intentan revisar a ANGEL, pero él no se deja ya que se movía mucho, y en ese momento ANGEL vuelve a vomitar un líquido en color amarillo alrededor de tres veces en ese mismo momentos, y ANGEL comienza a convulsionar y entre PSP14 y yo lo volteamos para que no se ahogara en su propio vómito, y en ese momento ANGEL pierde el conocimiento y los paramédicos comienzan a darle RCP, es decir resucitación cardiopulmonar, es decir le ejercen presión en el pecho para reanimar el corazón, en ese momento manda uno de los paramédicos a PSP11 a la ambulancia a traer el desfibrilador, pero en eso los paramédicos le meten una manguera para aspirar, pero se la quitan de manera inmediata y posterior a esto otro de los paramédicos comienza a canalizar a MORENO, y en ese momento le pregunto al paramédico que medicamento le puso a lo que me manifiesta que epinefrina, es decir adrenalina para ver si ANGEL respondía, en ese momento comienzo a llamar por teléfono a PSP26 quien era el encargado del albergue comentándole todo lo que sucedía, y al paso de 5 minutos después nos dicen que ANGEL ya no contaba con signos vitales, por los paramédicos nos dicen que tapemos el cuerpo de ANGEL quien quedo en la camilla de la enfermería, momento después arriba PSP26, quien hablo con los paramédicos desconociendo de que, ya que yo me aleje, arribando momentos después el PSP4 Director del DIF, quien estuvo hablando con PSP26 y CON LOS PARAMEDICOS desconociendo en todo momento de que hablaron toda vez que yo me aleje, momentos después que ya se retiró la D34 arribo PSP10 y PSP21, a quienes les comente todo lo que había sucedido en el transcurso del día, por lo que alrededor de las 02:30 arribo un doctor el cual desconozco su nombre, desconociendo a que fue, pero me imagino que fue a dar fe de la muerte de ANGEL, desconociendo más, posteriormente ya más tarde sin recordar la hora llegaron personas de la funeraria quienes trasladaron el cuerpo de ANGEL MORENO, sé que velaron a ANGEL desconociendo en donde, pero sé que asistió su hermana, así mismo desconozco hasta la fecha de hoy la causa real de la muerte de ANGEL, por lo que alrededor de las 17:00 horas del día 09 de Febrero del año en curso, salí de trabajar, y el PSP4 nos dijo que tratáramos de no decirle nada a los niños, que comentaran que ANGEL estaba en el hospital, así mismo manifiesto que el protocolo para contener a los menores cuando se pongan agresivos o alguna situación se salga de control, los enfermeros somos los de debemos de intervenir en contener la situación así mismo tenemos un protocolo de actuación que cuando exista alguna situación de violencia

se informa en un grupo de WhatsApp denominado NUEVO FABRILES, donde están agregados todo el personal del albergue tanto enfermeros, como psicólogas, encargados de las instalaciones, etc, en el cual se informó un evento en fecha 6 de Febrero del año en curso, siendo esto un conflicto entre los adolescentes A8 y ANGEL MORENO, así mismo en este acto de manera voluntaria es mi deseo proporcionar mi equipo telefónico, a fin de que se realice el análisis y extracción de mensajes correspondientes en relación a la acreditación de la existencia de un grupo de whatsapp. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PP41:

“...El día nueve de febrero de dos mil veintiunos, entre a las 8:00 horas, haciendo cambio de guardia con mi compañero sin acordarme en este momento de quien se trataba, por lo que ese día me toco estar cuidando a los niños en el área covid.

Al llegar a mi lugar de trabajo me di cuenta que se encontraba muy silencioso el lugar y pregunte qué había pasado, y en ese momento le pregunté a PSP3, y me contesta que había pasado algo, que había venido la ambulancia, que falleció ANGEL MORENO, por lo que me pidió que no le comentara nada a los menores, que porque por el momento solo podía saber el personal de enfermería, así mismo no me dijo de que murió ANGEL, ni tampoco pregunte Por lo que me fui a mi lugar de trabajo sin hacer mención alguna.

Ese mismo día aproximadamente a las 20:00 horas que salí del área covid, acudí con los niños a despedirme a su dormitorio y en ese momento los niños sin recordar en este momento quienes eran me cuestionan que a donde se habían llevado a ANGEL, que si se lo habían llevado a consultar porque el día anterior es decir el día ocho de febrero de dos mil veintidós en la mañana ANGEL MORENO no había querido comer, que comió poquito y a partir de ahí le dio un dolor estomacal por lo que en la tarde comenzó a vomitar y que en la noche acudió el enfermero PSP3 al dormitorio para ver cómo se encontraba ANGEL, observando que no se encontraba bien, que se sentía mal, llevándolo en ese momento a enfermería para ver como seguía, siendo todo lo que me comentaran los menores.

Siendo ya en mi hora de salida, PSP3 me tiene que firmar mi lista de asistencia por lo que en ese momento le comente de lo que los niños me habían hecho mención, refiriéndome que efectivamente sí ANGEL MORENO se había sentido en el transcurso del día y por la tarde había vomitado y que ya de noche acudió para ver como seguía y que había visto que se veía muy mal que lo había pasado a enfermería para marcarle a la ambulancia, y lo próximo que supe que fue ANGEL MORENO ya había fallecido, así mismo manifiesto que ANGEL entraba en crisis, en donde se ponía muy agresivo,

y decía cosas muy incoherentes, arrojaba cosas hacia nosotros, o su compañeros así mismo sé que ANGEL tomaba medicamento controlado sin embargo desconozco que tipo de medicamento o para que funcionaba, así mismo puedo decir que ANGEL, era amigable, amoroso, sin embargo por cosas muy sencillas que no le parecían o que no hacíamos lo que queríamos comenzaba a ponerse agresivo. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PSP11:

“...conocía al menor Ángel Manuel Moreno y puedo decir que era una persona sociable, amigable, amoroso, sin embargo ANGEL padecía TDH, es decir trastorno de déficit de atención, y entraba en crisis cuando era cuando se ponía agresivo, golpeaba objetos se ponía muy intranquilo, ANGEL tomaba medicamento tal como VALRPOATO DE MAGNESIO Y FLUOXETINA, los cuales sé que eran para tratar que ANGEL no cayera en las crisis y mantenerlos tranquilo, refiere que siendo el día Martes 08 de Febrero del 2022 entro a laborar a las 20:00 horas dónde al llegar realizo mis labores normales, posteriormente se puso a trabajar en un proyecto del reglamento Interno en el área de enfermería, después siendo aproximadamente las 21:00 horas me dispuso a cenar, y posterior regreso al área de la enfermería para continuar con dicho proyecto y como a las 22:15 subí a los dormitorios de los menores, para observar si estaba todo en orden y no observe nada raro, y siendo aproximadamente las 23:50 del mismo día 08 de febrero del 2022, me informa mi compañero PSP14, que el menor Ángel Manuel Moreno se sentía mal y que presentaba signos de palidez, labios azules, cianosis, sudoración fría, el cual no refería nada ni tampoco algún dolor, por lo que en compañía de mi compañero, PSP14 y PSP3 quien este último es encargado de enfermería de dicho Albergue, fueron a prestar auxilio al menor Ángel Manuel Moreno, que se encontraba en la cama de su dormitorio el cual se encuentra en la segunda planta del edificio, procediendo a proporcionarle calor, y al ver que en el dormitorio estaba muy frío decidieron trasladarlo a la oficina con calefacción en el área de planta baja, dónde lo recostaron en una colchoneta, y después cambiamos al menor Ángel Manuel moreno al área de enfermería, en ese momento PSP3 llamo al servicio médico D34, para solicitar auxilio al menor, también PSP3 le avisó por teléfono a , por lo que momentos después arriba una ambulancia abordo de ella llegaron tres paramédicos de la D34 y aproximadamente a las 00:15 ya del día 09 de Febrero del 2022, comienzan a evaluar al menor y en ese momento Ángel presenta un vómito líquido y amarillo, intenso, y dificultad para respirar y espasmos, por lo que lo posicionamos en posición de recuperación, es decir de lado, y un paramédico me solicitó que fuera a la ambulancia por la camilla y al regresar escucha que Ángel Manuel entro en paro cardio respiratorio, por lo que me volvieron a mandar a la ambulancia de donde traje un botiquín, logrando observar que los paramédicos le dieron medicamentos a fin de que el corazón reaccionara, lo conectaron al monitor de frecuencia cardiaca, estaba

dando maniobra de RCP, reanimación cardio pulmonar, sin saber por cuanto tiempo le hicieron estas maniobras, no logrando mantener los signos vitales, por lo que en ese momento nos manifestaron los paramédicos que Ángel Manuel Moreno había fallecido, sin recordar la hora exacta, por lo que el cuerpo de ANGEL en la camilla de enfermería en donde lo cubrimos con una sábana blanca, posteriormente al pasar unas horas llegó PSP26, así como PSP10, por lo que continúe con mis labores ya que quien se hizo cargo de la situación fue el coordinador PSP26, por lo que yo seguí con mis labores normales y alrededor de las 08:00 horas de ese mismo día termino mi jornada laboral y me retire, y ya no me entere de quien se llevó el cuerpo del menor fallecido ni a dónde lo trasladaron, así mismo se que existe un protocolo de contención, es decir que cuando alguna situación se salga de control o algún adolescente se ponga agresivo o a golpear, la primera línea de intervención somos nosotros los enfermeros, así mismo hay un grupo de WhatsApp denominado NUEVO FABRILES donde está todo el personal del DIF fabriles, tanto enfermeros, psicólogas, maestras y encargados, PSP10 en donde se reportan situaciones que se salgan un poco de control, también se reportan ingresos y egresos de menores del DIF, así mismo en alguna ocasión me toco presencial que otros adolescentes le hacían bullying de manera verbal toda vez que Ángel era agresivo con ellos, siempre nosotros estamos al tanto para que no lleguen a la violencia. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PSP64:

“...conocía al adolescente ANGEL MANUEL MORENO...puedo decir que ANGEL era un adolescente muy simpático, agradable al trato, amigable, y cooperador, y se veía que tenía buena salud física, sin embargo si me toco en ocasiones verlo entrar en crisis, en donde ANGEL se convertía en agresivo, perdía en control de si, no acataba indicaciones, golpeaba al personal así como a los demás adolescentes, arrojaba cosas, así mismo desconozco si ANGEL padecía algún trastorno, sin embargo sí creo que ANGEL tuviera un padecimiento ya que como ya lo referi lo vi entrar en crisis, así mismo sé que le inyectaban medicamento, desconociendo que era sin embargo me imagino que era para evitar que tuviera esas crisis y para mantenerlos tranquilo, por lo que siendo el día 08 de Febrero del 2022, me toco laborar en el DIF FABRILES en un horario de las 14:00 a las 17:00 horas, por lo que recuerdo que llegue ese día e inicie mis labores de manera normal, es decir me instale en el patio del DIF, y comencé la actividad con los adolescentes mas no recuerdo si fue con hombres o mujeres, así mismo creo haber visto ese día a ANGEL bajar al patio en donde me pregunto por un silbato que le había dicho que le iba a regalar, donde lo vi bien no recuerdo que se quejara de algún dolor ni se veía enfermo, sin embargo ya no lo volví a ver durante ese día, por lo que alrededor de las 17:00 horas me retire de las instalaciones ya que mi jornada laboral había terminado y en ningún momento alguien me comento de alguna situación relevante en relación a ANGEL, regrese a

laborar el día miércoles 09 de Febrero del año en curso, igual alrededor de las 14:00 horas, donde me extraño que ANGEL no bajara a recibirme toda vez que eso era algo típico de él, ni tampoco bajo a ayudarme a acomodar las cosas para las actividades, por lo que ese día le pregunto a uno de los guardias de quien desconozco su nombre por ANGEL quien me dice que ANGEL YA NO ESTA AQUI, CREO QUE SE LO LLEVARON AL HOSPITAL, sin decirme más y como inicie mis labores ya no pude profundizar más sobre la situación, continuando mis labores normales, y como el tiempo en que estoy en las instalaciones es muy corto no llegué a enterarme de nada, por lo que días después observe una nota en red social denominada FACEBOOK donde mencionaban que un adolescente había fallecido en DIF FABRILES, no recuerdo si en la nota venía el nombre de ANGEL, sin embargo si me consterno mucho enterarme de esa nota, por lo que manifiesto que yo nunca pregunte a nadie del personal del albergue si era cierta la nota o si en verdad ANGEL había fallecido, sin embargo al regresar a trabajar varios días y no ver a ANGEL que me recibiera pude ver que era cierta la información toda vez que pues ya no lo volví a ver, así mismo manifiesto que por protocolo del albergue cuando en un momento alguna situación se salga de control con algún adolescente la primera línea de intervención deben ser los enfermeros, así mismo manifiesto que en las ocasiones que me tocó ver que algún adolescente o el mismo ANGEL entraba en crisis o se alteraban, me tocó ver a los enfermeros tratar de contener la situación usando técnicas de inmovilizar los movimientos del adolescente para evitar golpes o que golpee a alguien más, sin embargo nunca me tocó verlos usando la violencia...”

- De PSP12:

“...el día 08 de febrero de 2022, entro a laborar a las 19:00 horas, donde transcurrió su turno sin novedad alguna , exceptuando que PSP11, le comentó que el menor Ángel Manuel Moreno, tenía temperatura, así mismo menciona que su punto laboral está ubicado en el patio del área de ejercicios del DIF Fabriles, exactamente a lado de la puerta que da a dicho patio, así mismo, observa que PSP11 monitoreaba al menor Ángel Moreno, para estarle checando la temperatura, por lo que entraba y salía del dormitorio en donde se encontraba descansando el menor, así mismo siendo aproximadamente las 23:00 horas del día 08 de febrero del 2022, PSP11, PSP18 y PSP3, bajan al menor Ángel Moreno, momento en el cual el entrevistado observa a Ángel que no se encuentra bien de salud y que tenía un tono amarillo de piel, así mismo lo ingresan al área de enfermería y el entrevistado se queda en el pasillo que da al área de enfermería, en donde solo observa que el menor le pide agua y ellos se la daban, minutos después escucha que el PSP11 le marca a la D34 para pedir una ambulancia, posteriormente observa que el menor Ángel Moreno vomita, entando dentro del área de enfermería, aproximadamente 05 minutos después llega la ambulancia de la D34, trasladándose unos minutos afuera, posterior ingresan a las instalaciones y empiezan a checar al menor Ángel Moreno, minutos después observo

que sale PSP11 y se dirige a la ambulancia de la D34, de donde saca una camilla, momento en el cual el entrevistado se queda en la puerta de ingreso a las instalaciones del DIF para abrirle la puerta al enfermero, después vuelve a salir PSP11 y saca el material para dar electroshock de la ambulancia, momento en el cual los paramédicos se encontraban dándole RCP al menor Ángel Moreno, posteriormente PSP18 se acerca llorando a la puerta en donde se encontraba el entrevistado y en ese momento PSP12 observa que los paramédicos le colocan una sábana al menor Ángel Moreno, entando acostado en la cama de la enfermería, así mismo el entrevistado se intenta comunicar vía telefónica, con PSP25 para informarle lo que paso, pero no logró comunicarse, por lo que le marca a la secretaria de los guardias internos, al cual solo la conoce por PP13, logra comunicarse con ella y le dice lo sucedido, minutos después le comenta PP13 que le pasara el reporte a PSP4, para que espere su llamada recibiendo dicha llamada y mencionándole que se dirige a las instalaciones del DIF Fabriles, llegando primero una unidad de Fuerza Civil pero no observó que número de unidad es y no tiene datos de los elementos debido a las circunstancias presentadas, posteriormente el PSP26, encargado del DIF Fabriles llega aproximadamente a las 00:30 horas y PSP4 llega a la 01:00 horas aproximadamente del día 09 de febrero del día 09 de febrero de 2022, posteriormente el entrevistado se queda en la puerta de ingreso a las instalaciones del DIF y observa que aproximadamente llega una funeraria a las 06:00 horas del día 09 de febrero de 2022 y se llevan el cuerpo del menor Ángel Moreno, estando presentes PSP31, PSP18, PSP11, dos guardias de seguridad externos de los cuales solo los conoce como PP10 y PP9, así como un elemento de Fuerza Civil, del cual solo sabe que se llama PSP44, el PSP26, PSP4, el cual sabe que trabaja en el DIF Capullos de Guadalupe, pero no sabe cómo se llama...”

- De PP1:

“...se realizó un servicio funeral el cual fue solicitado por el DIF de Nuevo León vía telefónica el día 9 de febrero del presente año a las 3:17 a.m. por PSP65, la cual dio instrucciones de contactar a PSP26, para la entrega del cuerpo del joven antes mencionado que yo recibí dicha llamada por vía WhatsApp tomando datos y dando instrucciones para que se trasladan al domicilio que nos señalaron siendo en Fabriles, en dicho mensaje a mi personal de nombre PP2 y al señor PP3.

Por lo anterior se dio el servicio por parte de la funeraria D6 al joven quién llevaba en el hombre en vida de Ángel Manuel Moreno cómo lo demostramos con la solicitud número D9 expedida por la funeraria D6 el día 9 de febrero del presente año, a solicitud de PSP4, quien se ostentó como tutor del menor, Así mismo se hace mención los datos del difunto joven de nombre Ángel Manuel Moreno 14 años de edad, los cuales se tomaron del certificado de defunción D10 expedido por la

secretaría de salud del estado de Nuevo León con fecha del 9 de febrero del presente año.

Deseo mencionar qué el servicio funeral se otorgó de cremación directa con 2 horas de velación para despedirse en nuestras instalaciones, a petición de PSP4, y posteriormente trasladado su cuerpo al crematorio de la funeraria D11 para su incineración cómo lo demostramos con el certificado de cremación D12, expedido por la funeraria D11 siendo cremado el día 11 de febrero del mismo año.

Deseo agregar que, al día de hoy 17 de febrero de 2022, no han pasado a recoger las cenizas de Ángel Manuel Moreno las cuales están en custodia en nuestras instalaciones...”

- De PP2:

“...en relación al servicio funerario de recolección de cuerpo, del día miércoles 09 de febrero del 2022, solicitado por el DIF, Albergue Fabriles de la colonia Fabriles de Monterrey Nuevo León, refiero que el día Miércoles 09 de Febrero del 2022 aproximadamente a las 05:30 horas al encontrarme en las instalaciones de la Funeraria D6, PP1, me avisa por mensaje de WhatsApp a mi número telefónico que acudiera a realizar un servicio al Albergue Fabriles, por lo que yo hago la búsqueda en Google de la dirección del citado albergue, por lo que, primeramente, acudí con mi compañero PP3, al laboratorio de la misma empresa y que este se encuentra en la calle Diego de Montemayor número 1213 del Centro de Monterrey, agregando que para tal servicio utilizó un vehículo D32, Y posteriormente me dirijo desde el referido laboratorio al Albergue Fabriles tomando una ruta por la calle Diego de Montemayor, avenida Madero, después Nueva Rosita, luego Luis J. Urbina y Fabriles, dónde al llegar se baja su compañero PP3, y hacen el debido registro de acceso el guardia de seguridad, yo ingreso de reversa en la unidad y una vez que el referido PP3 realiza el llenado de la papelería correspondiente, ya hecho lo anterior ingresé con la camilla hasta el área de enfermería donde se encontraba el cuerpo de una persona del sexo masculino de aproximadamente 14 años de edad, complexión delgada, tez morena aperlado, cabello corto negro, el cual vestía una playera tipo polo color claro y pantalón de mezclilla color azul, deslavado sin calzado, mismo que presentaba espuma en el área de su boca, sin observar que este presentara golpes a simple vista, el cual estaba boca arriba sobre una camilla, por lo que en ese momento procedí con ayuda de PP3, a levantar el cuerpo de dicha persona, para luego colocarlo en la unidad D32, percatándome, una vez que observé la papelería del servicio, siendo está una solicitud de uso inmediato del Funeral, así como el certificado de defunción me percate que el fallecido llevaba por nombre Ángel Manuel Moreno. Después nos dirigimos al Laboratorio ya citado con anterioridad, tomando la ruta por la Fabriles, después Avenida Colon, luego Manuel Doblado, después Ramón Treviño

posteriormente Diego de Montemayor hasta el Laboratorio, dónde al llegar entregan el cuerpo a PP12, a quien le informo que tipo de servicio se requería, siendo este Cremación, con Dos horas de velación en las instalaciones de la Funeraria D6 de la calle...Y al ser las 09:00 horas del día 09 de febrero del 2022, al terminar mi turno de labores me dirijo a mi domicilio...”

- De PP3:

“...refiero que el día miércoles 09 de febrero del 2022 aproximadamente a 05:30 horas al encontrarme en las instalaciones de la funeraria D6, me avisa mi compañero PP2 me avisa que teníamos que acudir a realizar un servicio funeral de recolectar un cuerpo al Albergue Fabriles, por lo que, primeramente, acudimos mi compañero PP2 y yo al laboratorio de la misma empresa dónde laboro por una camilla y que este se encuentra en la calle Diego de Montemayor número 1213 del Centro de Monterrey, agregando que nos trasladamos en un vehículo D32, posteriormente nos dirigimos desde el referido laboratorio al Alberque Fabriles ... dónde al llegar me bajo y compañero PP2 se queda en la unidad después al ingresar a dicho albergue me presente con PSP4 encargado del albergue a quien le solicito los datos para el llenado de la hoja del servicio funeral, ya hecho lo anterior, este me solicita que requería dos horas para que se despidiera un familiar del fallecido y que pudiera acudir a las instalaciones de la funeraria de la calle Doctor Coss, también el referido PSP4 me hace entrega del certificado de Defunción de la persona fallecida el cual corresponde a Ángel Manuel Moreno, de igual forma el señor PSP4, me comunica que él es el tutor del fallecido desde que este era pequeño ya que sus padres lo habían abandonado, posteriormente este me indica el lugar donde se encontraba el cuerpo del fallecido, procediendo en ese momento con mi compañero a levantar el cuerpo del área de enfermería donde se encontraba siendo una persona del sexo masculino de aproximadamente 14 años de edad, complexión delgada, tez morena aperlado, cabello corto negro, el cual vestía una playera tipo polo color claro y pantalón de mezclilla color azul, deslavado sin calzado, mismo que presentaba espuma en el área de su boca, sin observar que este presentara golpes a simple vista, el cual estaba boca arriba sobre una camilla, luego colocamos el cuerpo en la unidad D32. Después nos dirigimos al Laboratorio ya citado con anterioridad, tomando la ruta por la Fabriles, después Avenida Colon, luego Manuel Doblado, después Ramón Treviño posteriormente Diego de Montemayor hasta el Laboratorio, dónde al llegar entregamos el cuerpo a PP12, a quien le informe que tipo de servicio se requería, siendo este Cremación, con Dos horas de velación en las instalaciones de la Funeraria D6 de la calle Doctor Coss. Y al ser las 09:00 horas del día 09 de febrero del 2022, también quiero manifestar que como continúe laborando horas extras en mi trabajo, siendo aproximadamente las 14:20 horas estando en las instalaciones de la funeraria D6 de la calle Doctor Coss me percate que ingreso una persona del sexo femenino de ENTRE 15 A 20 años de edad, complexión delgada, tez moreno aperlada,

cabello largo negro, estatura aproximadamente 1.60 metros, la cual vestía pantalón de mezclilla, blusa color claro, misma que ingreso llorando, gritando perdóname, observando que esta se metió a la sala número dos de la funeraria, no logrando ver con que persona se dirigió...”

- De PSP44:

“...siendo el día 08-ocho de Febrero del año en curso, en el horario comprendido de las 19:00 a las 07:00 de la mañana del día siguiente, por lo que al iniciar mis labores me presento con PSP12, por lo que le pido el número de población que se encuentra actualmente en el DIF, es decir el número de adolescentes que en ese momento se encontraba en el interior del DIF FABRILES, sin recordar cuantos adolescentes me dijeron que había ese día, por lo que posteriormente realizo una tarjeta informativa dirigida a mi institución, la cual envié a un grupo de WhatsApp denominado "TURNO DIARIO" así como al comandante PSP45 quien también la sube a dicho grupo, en la cual establezco el punto donde estaba laborando, dirección y novedades, recordando que la primer tarjeta que mande la establecí sin novedades, por lo que continúe con mis labores encontrándome en el interior de las instalaciones, específicamente en la entrada de acceso a las oficinas, por lo que siendo alrededor de la 01:00 horas ya del día 09 de Febrero del año en curso, observo entrar a un enfermero del DIF acompañado de un menor que entraron a la enfermería, y alrededor de las 01:27 horas arribo al DIF FABRILES una ambulancia de la D34, con número económico 142 al mando de PP5, más dos paramédicos más, por lo que PSP12 les da acceso a la ambulancia, por lo que observo que los paramédicos entran al área de enfermería, de donde no vi salir al menor que momentos antes había entrado, por lo que al paso de 10 minutos más o menos, observo que los paramédicos bajaron de la ambulancia aparatos que se utilizan para reanimar a una persona, sin embargo yo no podía entrar a enfermería ya que mi corporación nos tiene restringido ingresar a otras áreas de las instalaciones del DIF en virtud que solo estamos para brindar seguridad, por lo que en ese momento comencé a realizar mi tarjeta informativa a mi corporación donde establezco todo lo sucedido, por lo que alrededor de las 02:00 de la mañana del mismo día 09 de Febrero del año en curso, arribaron a las instalaciones PSP26, así mismo arribo el Director del DIF CAPULLOS, quien se negó a proporcionarme datos de él, pero recuerdo que era una persona del sexo masculino, de una edad aproximada de 40- cuarenta años, complexión delgada, tez blanca, de estatura alta, por lo que PSP12 me menciona que el menor que había ingresado a enfermería respondía al nombre de ANGEL MANUEL MORENO así mismo me comento que había fallecido ahí que no tenía signos vitales, en el área de enfermería, por lo que comencé a tomar datos de todas las personas que entraban y salían de las instalaciones y reporte lo sucedido alrededor de las 02:00 a mi corporación por vía llamada telefónica al policía PSP45, por lo que pasaron unos minutos y mi supervisor PSP45 arribo a las instalaciones del DIF FABRILES, y por lo que alrededor de las 02:30 horas de la

madrugada del 09 de Febrero del año en curso, se dirige hacia mi quien se identificó como Director del DIF, quien no me quiso proporcionar datos, y me solicito que borrara todo tipo de información de lo sucedido, y que no hiciera el reporte a mi corporación, diciéndome que ellos tratarían el asunto como algo interno y que borrara la tarjeta informativa que yo había mandado donde comunicaba lo sucedido, diciéndole a mi compañero PSP45 lo mismo, diciéndonos que no quería que alguna información se fugara, así mismo dicha persona nos solicitó nuestros celulares y nos revisó fotos, WhatsApp y demás mensajes, solicitándonos que frente a él borráramos todo lo que tuviéramos de información relacionado a dicho evento, por lo que me dirigí a mi encargado PSP45 diciéndole que nuestra función era realizar el reporte, sin embargo a mi supervisor es decir a PSP45 le dieron la orden sin saber quién o quiénes de que si hiciéramos lo que el director del DIF nos pedía, mencionándome mi supervisor que era para que no se fugara alguna información y me menciona que dicho evento lo trataría el DIF como asunto interno y que no interviniéramos, por lo que por dicha orden me fui al área de enfrente de las instalaciones, por lo que me mantuve al margen y ya no tuve más conocimiento, por lo que al paso de 07-siete días volví a regresar a laborar al DIF FABRILES, así mismo tengo conocimiento que nos envían al DIF FABRILES ya que hubo un tiempo en que los adolescentes internados ahí se fugaban y se presentaban muchas riñas, así mismo manifiesto que yo no conocía al menor quien sé que en vida respondía al nombre de ANGEL MANUEL MORENO, toda vez que nunca estuve en el patio de las instalaciones del DIF FABRILES, sin embargo ese día los enfermeros mencionaban que le menor tomaba medicamento controlado sin saber qué tipo de medicamento, por lo que no tenía contacto con los internos adolescentes, así mismo manifiesto que en virtud de que borre todo tipo de información de ese evento, le solicite a mi supervisor PSP45 que si del grupo de WhatsApp podía reenviarme la tarjeta informativa que yo envía ese día del evento, a lo que me la reenvió, la cual allego en fotos para una mayor ilustración. Siendo todo lo que tiene que manifestar, firmando al calce para constancia legal...”

- De PSP45:

“...siendo el día 08 de Febrero del año en curso, entre a laborar en el turno nocturno el cual comprende de las 19:00 horas a las 07:00 horas del día siguiente, por lo que ese día inicie mis labores de manera normal, así mismo recuerdo que ese día en el punto de DIF FABRILES, se encontraba brindando apoyo el elemento PSP44, por lo que siendo alrededor de las 00:15 horas de la madrugada ya del día 09 de Febrero del año en curso, recibo una llamada telefónica por parte de PSP44, mi compañero que se encontraba en DIF FABRILES, quien me menciona que se había presentado una novedad al interior de las instalaciones, reportándome que un menor adolescente presentaba dolor estomacal y que estaba un poco delicado y que lo habían llevado a la enfermería de las mismas instalaciones del DIF, a lo que le dije que se quedara en

su punto, y que cualquier otra cosa me lo reportara, por lo que posteriormente alrededor de las 01:27 horas del mismo día, me vuelve a llamar el compañero PSP44 quien me reporta que a las instalaciones del DIF FABRILES, había arribado una ambulancia de las D34, y que habían entrado unos paramédicos al área de enfermería para atender al menor, a lo que le comente que se mantuviera al margen y que continuara en su punto fijo siendo la entrada principal del DIF FABRILES, ya que las funciones del compañero PSP44 en el interior de las instalaciones del DIF son más que nada de vigilancia y presencia, sin embargo no se puede intervenir en caso que se suscite alguna situación, por lo que siendo alrededor de las 02:00 horas del mismo día arribe al punto del DIF FABRILES, y al llegar me percate a primera vista que al interior de las instalaciones había mucho personal tanto enfermeros, guardias de seguridad, y otras personas más, por lo que así mismo me entrevista con el compañero PSP44, preguntándole cual era la situación del evento, a lo que me refiere que no le habían querido dar mucha información, pero que había escuchado por parte de un guardia decir que el menor había fallecido al interior de las instalaciones del DIF FABRILES, por lo que me identifique como policía de Fuerza Institucional con las personas que se encontraban ahí, para tratar de obtener más información, sin embargo no lo logre ya que las personas decían que no quería proporcionar información, así mismo una persona del sexo masculino, de una edad aproximada 40-cuarenta años, complexión delgada, estatura alta, tez blanco, medio calvo, quien se acercó conmigo y con el compañero PSP44 y se identificó como DIRECTOR DEL DIF, sin embargo no quiso proporcionarnos sus generales, quien nos manifestó que ese evento lo tratarían como algo interno, que de favor no interviniéramos y así mismo también nos solicitó que no hiciéramos el reporte de lo suscitado a la corporación, así mismo nos pidió nuestros teléfonos celulares tanto a mi como al compañero PSP44 y reviso, fotos, mensajes de texto y de WhatsApp, y nos pidió que elimináramos toda información que hubiésemos recabado, manifestado que en ningún momento tomamos alguna foto ni del interior ni del cuerpo del menor a lo que yo me dirijo a dicha persona y le comento que nuestra labor es realizar el reporte, sin embargo nos insistió nuevamente que ellos manejaran la situación y que no interviniéramos mencionándonos que nos evitáramos problemas, desconociendo la razón del porque nos manifestó esto último, por lo que tome la decisión de no intervenir pero quedarnos en el punto toda vez que la persona mencionada que se identificó como DIRECTOR DEL DIF se empezó a portar de manera altanera, por lo que decidí no intervenir, sin embargo en ese momento nos pidieron a mi como al compañero PSP44 que nos saliéramos del interior de las instalaciones del DIF FABRILES, por lo que nos salimos al área de la entrada de dicho lugar el cual es como un pequeño estacionamiento en la parte frontal, por lo que después de ahí ya no pudimos intervenir más, sin embargo seguía mucho movimiento al interior, así mismo cabe mencionar que al momento que mi compañero PSP44 momentos antes de la situación con el DIRECTOR DEL DIF el ya me había mandado una tarjeta

informativa donde me reportaba lo sucedido al interior del DIF FABRILES, por lo que yo subo dicha tarjeta informativa al grupo de WhatsApp denominado "NOVEDADES" que es donde se reportan las novedades de los distintos puntos donde brindamos apoyo, sin embargo el reporte como tal a planta de radio es decir al c5 no se realizó. Siendo todo lo que tiene que manifestar..."

- De V4:

"...manifestando que recuerda haber permanecido en la Institución aproximadamente 10 años y que llegó a al DIF con su hermano Ángel Manuel Moreno, ella tenía 6-seis años y su hermano 4-cuatro años de edad y que vive dentro del DIF Capullos en la Villa Juvenil, donde hay hace actividades de belleza, deportes, entre otras, además acude a asesorías para poder entrar a la preparatoria Militar, así mismo menciona que ya ha participado 02-dos veces en el proceso de integración para la adopción, una de acogimiento individual, donde dice la menor no haberse sentido cómoda por estar sin su hermano, y en otra ocasión con su hermano, pero en esa ocasión no le fue bien porque las personas con quienes vivían no querían a Ángel, va que lo trataban mal y que en una ocasión "El señor lo aventó a la cama", sentía que no lo querían, duraron algunos meses en ese hogar, no manifiesta por cuanto tiempo exactamente, en una ocasión que Ángel tuvo una crisis tuvieron que llamar a su psicóloga diciéndoles que fueran por él, entonces el psicólogo PSP68, fue a recogerlo a donde se encontraban, y como ella se encontraba en otra habitación no se pudo despedir de su hermano porque no sabía que se lo iban a llevar no quería permanecer ahí sin Ángel, después de ese día fueron al DIF Capullos donde tuvieron una plática, con su Psicóloga y luego otra con las personas con quienes estaba viviendo, diciéndole que ya no podía estar con ellos por todo lo que había pasado, se le cuestiona a la menor si esas personas eran malas con ellos respondió "conmigo no pero con mi hermano sí, y aparte el señor me daba miedo", explicando la menor que no le gritaba, regañaba o le pegaban, solo una vez cree que él le pegó a su hermano, siendo la vez que Ángel tuvo la crisis y que fueron a recogerlo y que esa vez fue por una discusión que hubo entre Ángel y la señora por no darle una sopa que él quería, y por no dársela se puso mal, entonces el señor le gritó muy feo a su hermano diciéndole "Entiende Ángel que no y su hermano se subió molesto a su cuarto y se puso en el suelo, el señor le pegó a él y luego lo aventó a la cama siendo, después bajo las escaleras de la casa donde se encontraba "la mamá de la señora" la cual había dicho que no le pegaran al niño, mencionado que eso ocurrió hace un año y era una pareja sin hijos, solamente eran ella y Ángel pero que no se sentía a gusto con ellos no porque no estuviera su hermano, sino porque el señor la tocaba, ene se tiempo ella tenía 15 y su hermano 12 años de edad, manifiesta que su hermano tenía crisis, se portaba como un niño, tiraba sus cosas, decía malas palabras y que sabía que Ángel tenía una enfermedad, pero no sabe cómo se llama, y que lo padecía desde pequeño, Ángel tenía un diagnóstico, era atendido y tomaba medicamento, que no

sabía que tomaba, ni para que serbia, que era atendido por médicos del DIF Capullos y ellos lo controlaban, convivimos juntos todo el tiempo que permanecieron en el DIF Capullos hasta que se tuvieron que llevar a Ángel a la Institución Fabriles, PP11 y a veces el tenía crisis cuando ella iba a visitarnos porque no quería que se fuera, convivíamos los tres dentro del DIF Capullos cada que su madrina tenía oportunidad, a veces me contacto con ella por medio de video llamada y a veces salimos de la villa, Ángel tenía crisis sabía y él se enfermaba mucho de gripa porque él comía mucho hielo en el DIF pero fuera de eso no sabía de alguna otra enfermedad que tuviera, nos llevábamos muy bien y en algunas ocasiones discutíamos como cualquier hermanos por no estar de acuerdo en algo, en la villa nos tienen separados a los niños y niñas, pero algunos momentos si podía convivir con Ángel para jugar y hablar, su hermano le llegó a contar que el recordaba que tenían más hermanos, que el quería a su mamá y que ya no quería estar ahí, y ya no podía sacarlo de ese tema, yo lo ayudaba a calmar las crisis dialogando con él en esas ocasiones. Cuando Ángel tenía crisis me hacía a un lado porque el comenzaba a golpear, pero nunca le había hecho daño, los tutores que lo cuidaban lo controlaban en el momento, haciendo mención a PSP69, PSP70, PSP71, que se encontraban en el DIF de Fabriles como enfermeros. Menciona que su hermano no consideraba amigos ahí pero si convivía con más niños, estos llamándose A10 y V3, quienes dice ya no se encuentran en la Institución DIF, pero los recuerda mucho porque a veces le pegaban a Ángel porque no hacía caso o no se quería meter a la Villa y quería seguir en el patio, ya que tenían horarios que ya conocían para estar en el lugar. Cuando Ángel no quería entrar a veces lo metían a la fuerza o a veces dialogaban con el para que entrara. Las veces en que ella trataba de hablar con el para que entendiera "le hablaba bonito". Describe que Ángel sin una crisis era peleonero, respondón y convivía mucho con las niñas y que tenía relaciones sentimentales con algunas.

Hace constar que con ella era muy lindo, la cuidaba y se consideraba muy unidos.

Ella tiene por entendido que cambian a Ángel de la Institución del DIF Capullos a Fabriles por su mal comportamiento. En una ocasión en el comedor del DIF su hermano participa con otros niños quebrando vidrios y lanzándolos porque un niño, V3, tenía un cuchillo que había sacado de la cocina donde ellos cocinaban regularmente en la mañana y en la cena, donde ella piensa que Ángel participó por seguirle la corriente a otros niños y había más pequeños también, que si hay vigilancia y quienes se encontraban ahí estaban resguardando a los demás niños que se encontraban ahí, detalla V4 que ella lloraba porque no pensó que su hermano fuera hacer eso y no sabía por qué lo estaba haciendo.

Aproximadamente esto ocurre a finales del año pasado y cambian a Ángel por esa situación. Ella cree recordar que el coordinador PSP72 es quien le da la noticia del traslado y que no se pudo despedir de su hermano, sintiéndose triste porque iba a

estar sola sin él. Al ya haber hecho el traslado ella y Ángel siguen en contacto por medio de video llamada donde en la villa le facilitaban un aparato para poder llamarlo o por medio de la psicóloga, y dice que es la misma para ella y su hermano, en ocasiones ella acudía a verlo. Preguntándole de como vela a Ángel en su comportamiento desde el cambio dice que lo veía más tranquilo porque ya no quería estar donde estaba inicialmente, cuenta que los dos se desesperaban porque velan a los demás niños irse con sus familias y ellos no. Normalmente ella lo visitaba en Fabriles, donde la acompañaba su psicóloga o a veces con la trabajadora social y se trasladaban en un carro del DIF, menciona haber coincidido una vez en el DIF porque Ángel tenía cita con el Neuro, donde les dieron la oportunidad de reunirse y en cuanto lo vio lo abrazo. Solo 2 ocasiones pudo visitar a Ángel en la Institución y la última vez que pudo verlo fue día antes de que él falleciera, lo veía muy bien, no se veía enfermo y no le hizo mención de ninguna noticia, solo que su psicóloga le contaba que peleaba mucho, le contó sobre sus amigos sin recordar sus nombres. Se sentía tranquila al ver que su hermano se encontraba bien, pero Ángel no le había comentado algo al respecto de si se sentía bien en el lugar. Relata que recuerda saber que su hermano falleció el 09 de febrero del 2022 y se entera por medio de su psicóloga PSP63 y que se enteró aproximadamente a las 9:00 de la mañana y ella le explica que Ángel se había sentido mal, que lo habían tenido que ir a consultar porque le dolía mucho la panza, empezó a vomitar y le dio temperatura, le hablaron a la ambulancia, luego le dieron las convulsiones y ya no respondió. No recuerda que le hayan mencionado la causa de la muerte, solo afirma que él comía mucho picante.

Expone que se siente diferente después del fallecimiento de su hermano, y que hubo un cambio en ella en su comportamiento, diciendo que ella antes era muy inquieta, pero se dio cuenta que eso no le iba a servir para nada, esto a raíz de la muerte de Ángel, que ya no se siente tan triste como anteriormente, es decir a los pocos días de lo sucedido con su hermano, no quería hablar con nadie, no se sentía a gusto, no quería comer, se la pasaba llorando y ahora ya está un poco mejor pero sigue teniendo problemas para comer porque no le da hambre y en ocasiones hay llanto, así mismo manifiesta que su hermano Ángel tuvo velorio, y su psicóloga PSP63 la llevó, algunos del persona de adopciones, así como PP11 sabe que su hermano Ángel fue cremado pero que hasta el momento no habla podido ir a visitar donde se encontraban sus cenizas toda vez que no lo sabe, así mismo manifiesta nuevamente que no sabe de qué falleció su hermano y que la última vez que lo vio lo encontró bien, se le cuestionó sobre si tiene conocimiento de quien es o era su tutor legal tanto de ella como de su hermano a lo que manifiesta que no sabe, manifiesta no haber escuchado algo del tema en el DIF Capullos, así mismo expreso que a veces les permitían ver televisión y que en una ocasión escuchó una noticia que hablaban sobre un menor que murió en Fabriles, pero que no le presto mucha atención porque apago la televisión y ya no quiso estar ahí, así mismo manifiesta que no conoce a los enfermeros que trabajaban en Fabriles pero que su hermano Ángel quería mucho a

alguien llamado PSP26, a quien ella ubica porque le había llamado la atención en algunas ocasiones por tener un mal comportamiento. Su hermano Ángel le contaba que quería mucho a PSP26 y a PSP73, quien sabe que antes él estaba en Fabriles y ahora en DIF Capullos, con quien se llevaba muy bien y a veces hablaban, también manifiesta que reconoce a PSP16 sin saber su nombre completo a quien conocía del DIF Capullos y también era conocido por su hermano Ángel y que desconoce de alguna situación con él o algún otro enfermero, así mismo expresa la menor que sabe que había niños que le pegaban a su hermano Ángel y que él también respondía de igual forma y que su psicóloga le contaba cómo se comportaba Ángel, y sus peleas solo eran con otros niños. Quienes la acompañaron en el momento para ir al velorio de su hermano fue...PSP63, PP11 y PSP46, PSP74, una delegada la cual no recuerda su nombre. En el momento del velorio no quiso hablar con nadie, solo quería estar con su hermano. V4 afirma que perder a su hermano le enseñó a salir adelante porque ella sentía que ella ya no podía y que su hermano era el motor de su vida y que iba a salir adelante y todo lo que iba hacer sería por él, comer, estudiar, y más. Siendo todo lo que tiene que manifestar...”

- De PSP46:

“...manifiesto que conocía a ANGEL MANUEL MORENO, así mismo asisto a su hermana V4, se que ambos estaban a cargo del DIF desde muy temprana edad por abandono de padres, así mismo se que ANGEL padecía de TDH, es decir trastorno del déficit de atención e hiperactividad así como discapacidad intelectual, se que ANGEL estaba bajo tratamiento médico y que tomaba distintos medicamentos, sin embargo no recuerdo que medicamento tomaba, sin embargo se que era para poder controlar su trastorno, ya que ANGEL entraba en crisis, en las que se ponía muy agresivo, ya que empezaba a arrojar cosas, a golpear, quebraba cosas, gritaba, lloraba, pero ANGEL en si sin una crisis era un niño muy cariñoso, tranquilo, con quien podías hablar con él, sabía escuchar, así mismo de su salud de ANGEL era buena en general, era muy raro verlo enfermo, ya que se que le dio Hepatitis, así mismo recuerdo que en el año 2019 sin recordar fecha exacta ANGEL estuvo internado en el Hospital Universitario, por unos 03 tres días, por un dolor estomacal, sin saber mas del diagnostico, así mismo se que ANGEL tenia una psicóloga quien era la Licenciada Gabriela a partir del 2019, ya que antes era un psicólogo varón sin embargo lo cambiaron de área, así mismo se que ANGEL tenia una madrina de quien se que se llama PP11, quien apadrinada a ANGEL Y V4, desde hace unos 09-nueve años aproximadamente, quien los visitaba de manera regular, le llevaba regalos, eran muy estrechos con ellos, a veces se los llevaba a su casa o a pasear, la relaciona de ANGEL Y V4 cuando estaban juntos en DIF CAPULLOS eran muy unidos, muy amorosos uno con el otro, se procuraban, como hermanos a veces peleaban por cosas simples, así mismo manifiesto que las crisis de ANGEL empezaban por cosas muy sencillas ya que ANGEL no toleraba que le dijeran que no, o que no lo dejaran hacer lo que él quería, así mismo en el mes de Noviembre del año 2021, sin recordar fecha exacta trasladan a ANGEL al

albergue fabriles, toda vez que ANGEL participo en un motín en el comedor del DIF CAPULLOS en compañía de otros adolescentes, por lo que directivos del DIF CAPULLOS optan por trasladarlo, sin embargo este traslado nunca me fue notificado como trabajadora social de ANGEL, yo me entere por redes sociales donde sacaban la nota y donde decían que ANGEL seria trasladado, por lo que PSP63 Y YO, seguíamos visitándolo EN EL ALBERGUE FABRILES, ANGEL se veía triste, disperso, así mismo se que en el albergue lo tenían totalmente aislado de los demás adolescentes, no convivía con nadie mas, no tenia actividades recreativas, posterior a esto ANGEL fue poco a poco reintegrándose con los demás adolescentes, por lo que siendo el día 04 de Febrero del año en curso, me acerque al albergue a ver a ANGEL en compañía de la Lic. Gabriela, para ver como estaba ANGEL, ya que nos había reportado del albergue que estaba algo inquieto, donde le realizamos una videollamada con V4, así mismo ANGEL nos comento que le pegaban otros adolescentes y que le hacían bullying, que se reían de él, así mismo en una situación que ANGEL quebró unos vidrios, y que nos mandaron llamar y que visitamos a ANGEL en el albergue, y al momento de que uno de los enfermeros lo trato de contener ANGEL le pego con la cabeza sin querer en los dientes al enfermero, y el enfermero se estuvo burlando de él junto con un guardia, esto lo pude apreciar yo, desconociendo el nombre del enfermero solo recuerdo que era uno del sexo masculino, delgado, alto, cabello corto, aperlado, de quien desconozco su nombre, por lo que reporte esto con el coordinador y nos dijo que tomarían las medidas correspondientes, así mismo en ese día que lo visitamos ANGEL se veía bien, no se quejaba de ningún dolor o malestar, su apariencia física no era de alguien enfermo, por lo que fue hasta el día 09-nueve de febrero del año en curso, alrededor de las 05:30 horas recibí una llamada por parte de PSP63 quien me informó que había sucedido algo muy grave, diciéndome después de varias vueltas que ANGEL HABIA MUERTO, preguntándole que era lo que había pasado a lo que me dijo que había sido una probable apendicitis, con choque séptico que al parecer había tenido un paro cardiorrespiratorio, y que había fallecido al interior del DIF FABRILES, así mismo me comento que ya había hablado con el doctor falcón y quien era quien le había dicho lo que había pasado, por lo que me dijo que nos veíamos en el DIF CAPULLOS, para comentarle lo sucedido con V4, así mismo me comento que el PSP4 no quería velar a ANGEL que lo iban a cremar, por lo que estando ya en la oficina la coordinación de nosotros nos comento que no dijéramos nada de lo sucedido que todo a discreción, por lo que PSP63 y yo le dimos la noticia a V4 de lo sucedido con ANGEL, así mismo le avisaron a la madrina la señora PP11, quien momentos después llevo al DIF CAPULLOS, por lo que alrededor de las 14:00 horas llegamos PSP63, V4 y yo a las funerarias sin recordar el nombre de estas, están ubicada en color en el centro de Monterrey Nuevo León, en donde también llevo la señora PP11, demás personal de adopciones, algunas madrinas de otros niños, PSP4 a quien conozco por ser el director del DIF CAPULLOS y a quien he visto en juntas de trabajo a PSP62, así como PSP75 del área de administración, retirándonos de ahí alrededor de las 18:00 horas, se que después del velorio el cuerpo de ANGEL fue cremado, desconozco donde

descansan las cenizas de ANGEL hasta la fecha de hoy, así mismo yo hable a gestoría social el cual pertenece a Municipio de Monterrey, donde comente la situación del fallecimiento de ANGEL para ver si podían apoyar con algún nicho, a lo que me dijeron que podían apoyar mediante una carta por parte del DIF, pero un lugar para que se enterrara el cuerpo del menor y que dichos servicios se podía renovar hasta por 5 años, por lo que dicha situación a PSP62 quien me comento que el servicio para cremar el cuerpo ya estaba pagado, por lo que ya no pude hacer nada.

- De PSP50:

“...ANGEL MANUEL MORENO...era un niño interno del DIF CAPULLOS...sin embargo... [lo conocía] ...de manera superficial, sin embargo a las veces que lo trate puedo decir que ANGEL era algo inquieto, social, efusivo, así mismo...que tenía un trastorno diagnosticado sin embargo como ya lo mencione no era mi caso desconozco de que estaba diagnosticado, sin embargo si era muy notorio su retraso o discapacidad, así mismo en general la salud física de ANGEL era buena, no recuerdo que en algún momento su trabajadora social haya estado preocupada por alguna situación de gravedad de ANGEL, así mismo tengo conocimiento que ANGEL tenía una madrina junto con su hermana V4 quien también se encuentra en DIF CAPULLOS, por lo que siendo inicios del mes de febrero del año en curso, el día 09 por la mañana recibí un mensaje de WhatsApp...que ANGEL MANUEL MORENO había fallecido, sin mencionar lo que había pasado, por lo que al llegar a mi lugar de trabajo, todo estaba normal, es decir por parte de la coordinación o directivos no nos informaron nada en relación a lo suscitado, por lo que continúe mis labores normales... alrededor de las 14:00 horas la PSP63...nos dijo que se iba a velar al menor por si queríamos ir, a lo que nuestra coordinación nos dijo que como el asunto era algo hermético, entre menos gente que supiera y acudiera era mejor, sin embargo momentos después nos dicen que si podíamos ir al funeral, por lo que yo me dirigí a la funeraria... por lo que al llegar estaba la menor V4, así como varias madrinas, la PSP63, PSP46 entre mas gente desconociendo quienes eran, de donde me retire alrededor de las 18:00 horas, se que el cuerpo de ANGEL fue cremado, desconociendo donde se encuentran la cenizas de ANGEL, así mismo se que los directivos desconociendo quienes habían solicitado al personal que fuéramos muy discretos en relación a este asunto para que no se fugara información, así mismo tengo conocimiento que ANGEL fue trasladado a FABRILES por haber participado en un motín en CAPULLOS, desconociendo mas del tema, así mismo manifiesto que he escuchado el nombre de PSP4 sin embargo no lo conozco y no se que puesto desempeña...”

- De PSP47:

“...conocía al menor ANGEL MANUEL MORENO...sin embargo...no lo conocía de manera cercana, sin embargo sé que ANGEL padecía de algo desconozco si estaba diagnosticado con algún trastorno sin embargo a simple vista se podía apreciar que ángel

tenía una dicacidad intelectual, así mismo desconozco que medicamentos tomaba ...sin embargo sé que si tomaba, desconociendo cuales o para que era, así mismo sé que ANGEL desde muy temprana edad se encuentra bajo custodia del DIF junto con su hermana V4, sé que cuentan con una madrina desconociendo nombre y que tipo de relación llevaban con ella, sé que la salud de ANGEL era buena, era raro que ANGEL se enfermara, desconozco si en algún momento Ángel padeciera de algo de su estómago, sé que a finales del 2021 ANGEL fue trasladado al ALBERGUE FABRILES en virtud de haber participado en un motín de CAPULLOS, esto lo supe por redes sociales donde salió una nota hablando de esto y ahí decían que serían trasladados, por lo que siendo el día 09 de Febrero del año en curso, una compañera de trabajo me informa que ANGEL MORENO había fallecido al parecer de una peritonitis...tengo conocimiento que el cuerpo de ANGEL lo cremaron retirándome de las funerarias alrededor de las 18.00 horas, así mismo escuche que le dijeron a V4 que en dos días se iba a pasar a recoger la urna donde descansarían las cenizas de ANGEL...”

- De PSP48:

“...Conocía a quien en vida llevara el nombre de ANGEL MORENO, desde hace aproximadamente 4 años...ANGEL era atendido por... PSP63 y...PSP46...solo teníamos un trato de saludo, pero era un niño muy inquieto, muy curioso, platicador; y sabía por mis compañeras que estaba medicado, pero no sé contra que, ni que medicamentos consumía, solo sé que lo atendía una psiquiatra, pero nada en específico, y el año pasado a finales por pláticas con mis compañeras supe que lo habían cambiado al Albergue Fabriles, por algo que había pasado en el comedor, desconociendo más detalles. El día 09 de Febrero del 2022 aproximadamente a las 12:55 yo llegue a mi trabajo ubicado en ... y un compañero de nombre PSP50 quien también es trabajador social de adopciones, me pregunto...si sabía lo que había pasado, y le dije que no, y me dijo que había fallecido ANGEL MORENO, y le dije que no, cuestionándole de que había muerto y me dijo que no sabía, siendo todo lo que me comentara y subí a mi área, en donde al llegar PSP52 quien...me comenta...si ya sabía que ANGEL había fallecido, y le dije que me acaba de decir PSP50...nos trasladamos a la funeraria D6 ubicada en...en compañía de PSP52, PSP50, y PSP74, llegando aproximadamente a las 15:50 al lugar, y observe que ya se encontraba la hermana de Ángel...y observe a V4 junto al féretro, como me comentaron que tenía ahí todo el tiempo, la convencí a que saliera un poco a que le diera el aire... hasta que nos avisaron que ya se iba a cerrar el féretro para la cremación, por lo que nos retiramos...”

- De PSP52:

“...conocía a quien en vida llevaba el nombre de ANGEL MORENO, desde el año 2017-dos mil diecisiete aproximadamente, ya que él anteriormente estaba en DIFCAPULLOS, toda

vez que era un niño susceptible de adopción, es decir, que ya se realizó un juicio de pérdida, y está en posibilidad de ser adoptado. Su acompañamiento lo llevaba... PSP63...

La relación que tuve con ÁNGEL MORENO fue muy poca; en ocasiones platicamos y hacíamos bromas, pero fue muy poca la convivencia que tuve con él, y en esas ocasiones pude darme cuenta que tenía una discapacidad intelectual por la forma en que se expresaba, interactuaba y respondía; además tenía conocimiento que tenía un diagnóstico, sin embargo, no sé con exactitud en qué consistía, pero era frecuente que solicitaran el apoyo hacia ÁNGEL MORENO debido a que entraba en crisis emocionales.

En... CAPULLOS nos informaron al personal que ÁNGEL MORENO había sido reubicado al Centro Fabriles, por haber participado en hechos violentos y por problemas de conducta y desde ese día ya no tuve convivencia con él.

Después en fecha 08-ocho de Febrero del año en curso, por la mañana entre las 09:00 y 10:00 de la mañana, mi compañera PSP63...nos informa que ÁNGEL MORENO había fallecido y que desconocía el motivo, y en ese momento la preocupación de mi compañera era informarle a la hermana de ÁNGEL MORENO, de nombre V4, quien actualmente se encuentra DIF CAPULLOS.

...escuché comentarios de personas que se encontraban en el velorio que ÁNGEL MORENO había fallecido por peritonitis, el cuerpo lo iban a cremar, sin embargo, no tengo la certeza de lo que hicieron con el cuerpo..."

- De PSP53:

"...conocía a ANGEL MANUEL MORENO...lo conocía de vista, se que desde muy chico está a cargo del DIF junto con su hermana...V4...así mismo se que ANGEL tenía un retraso, sin embargo desconozco su diagnóstico, así mismo desconozco si tomaba algún tipo de medicamento, así mismo desconozco si ANGEL le daban crisis, así mismo sé que su salud era buena, siempre lo vi bien, nunca se veía enfermo o decaído, casi no era los niños que se enfermaban a cada rato, así mismo sé que a finales del año 2021, a ANGEL lo trasladan al ALBERGUE FABRILES el cual sé que es para migrantes ya que ANGEL había participado en el motín de CAPULLOS donde hicieron varios destrozos tanto ANGEL como otros menores, por lo que después de eso ya no volví a ver a ANGEL...siendo el día 09 de Febrero del año en curso, un compañero...del DIF CAPULLOS me hace del conocimiento que...había fallecido en la madrugada en el interior del ALBERGUE FABRILES, así mismo no me dijo de que había muerto, por lo que le pregunte a otro compañero si alguien sabía de que había muerto, a lo que no recuerdo quien había comentado que al parecer había sido una peritonitis...desconozco que fue lo que paso con el cuerpo de ANGEL si lo sepultaron.

- De PSP51:

“...Conozco a quien en vida llevara el nombre de ANGEL MORENO...ANGEL era atendido por PSP63 y PSP46, quienes tienen sus oficinas en la misma área que yo, y cuando subían con él era cuando lo veía pero solo de saludo, y por pláticas sé que Ángel padecía de TDH Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, y creo que tenía un retraso educativo y mental, sé que estaba bajo medicación desconociendo totalmente qué tipo de medicamento se le suministraba, ignorando totalmente si tenía algún otro problema de salud, pero en general era un niño tranquilo. Se que en el mes de diciembre del 2021... participé en una especie de revuelta o pelea, en que se vio implicado él y otros compañeros, y lo trasladaron al Albergue Fabriles.

El día 09 de Febrero del 2022 al llegar a mi trabajo...observo a unos de mis compañeros platicando PSP47, PSP52, y PSP49, y me comentan que... ANGEL MORENO había fallecido por una peritonitis. Ese mismo día PSP63 y PSP46 nos dan aviso de que iba a haber un funeral pasado medio día, y que sería en las capillas D6...”

- De PSP49:

“...conocía físicamente a quien en vida llevaba el nombre de ÁNGEL MORENO...sin embargo, lo conocía únicamente de vista y tenía conocimiento... que...era un niño diagnosticado con TDH, Déficit de Atención, por lo cual...comentaban que ÁNGEL MORENO no ponía atención en clase y se le dificultaba terminar tareas que le asignaban.

Nunca convivió con ÁNGEL MORENO, en ocasiones veía que subía al área en donde trabajamos, pero nunca platiqué ni conviví con el niño y como en el mes de Diciembre reubicaron a ÁNGEL al Centro Fabriles, desconociendo el motivo.

En fecha 09-nueve de Febrero del año en curso, como a las 08:00 horas, al ir llegando a DIF CAPULLOS, mi compañera PSP46...me informó que el niño había fallecido por un diagnóstico de peritonitis.

Posteriormente, acudí al velorio como a las 15:00 horas, en compañía de mi compañera PSP47 el cual fue en D6, vi que el cuerpo se encontraba en el ataúd, sin embargo PSP46 me dijo que el cuerpo solo estaría hasta las 18:00 horas porque lo iban a incinerar, por lo que nos fuimos a las 18:00 horas del velorio, y nos dirigimos a la oficina y al día siguiente PSP46 me comentó que ya habían incinerado el cuerpo y que las cenizas se iban a quedar resguardadas un tiempo en la funeraria hasta que determinaran el destino en donde estarían las cenizas y después de eso ya no tengo conocimiento de lo que pasó con las cenizas...”

También obra el dictamen médico pericial D22, el cual a continuación se transcribe:

“...

QUE HABIENDO EXAMINADO A: ANGEL MANUEL MORENO

En respuesta al D33, el cual obra en la D5, y el D8 en donde se solicita, dentro de la carpeta de investigación al rubro indicada, se analicen de manera exhaustiva las constancias de las que se remite copia simple de todo lo que obra dentro de la presente carpeta de investigación, así como del expediente clínico a fin de que se pueda emitir:

a. UNA OPINION MEDICA SOBRE LA MUERTE DEL HOY OCCISO MENOR ANGEL

MANUEL MORENO.

b. DE LAS LESIONES INFERIDAS AL AHORA OCCISO EL MENOR ANGEL MANUEL

MORENO...

... queda de manifiesto, que inicia cuadro clínico del menor occiso, alrededor de las 10:00 u 11:00 horas del día 6 de febrero de 2022, presentando, a dicho de los testigos, vómito abundante y dolor abdominal, lo que se presentó justo después de recibir un fuerte golpe en el abdomen, y que se apoyaran sobre su abdomen con un pie y rodilla, según lo señalan los testigos PSP33, PP42 y PP8, respecto al golpe en el abdomen, inclusive a PP42, el propio menor occiso le refirió que había sido golpeado por una persona que identifica como PSP3, y los testigos PSP 23 y PSP16, respecto de que observaron que colocaran o apoyaran la rodilla y pie sobre el abdomen del menor occiso, por esta misma persona identificada como PSP3.

Además, se puede evidenciar de las entrevistas, que durante las siguientes horas, hasta su fallecimiento a las 1:54 horas del 9 de febrero de 2022, se presentó en el menor occiso un deterioro clínico con evolución desfavorable por continuar con vómito y dolor abdominal y presentar además, debilidad, palidez, ojos hundidos, deshidratación, falta de apetito, labios azules y sudoración fría. Se refiere que presenta fiebre, sin embargo, no se encuentra registro médico de la misma. A las 01:08 horas del día 09 febrero del 2022, se solicita apoyo a servicio médicos pre-hospitalarios (D34) quien al arribar 01:14 horas, encuentran al menor Ángel Manuel Moreno, con datos de deshidratación, malas condiciones generales, pulso y TA indectable por lo que inician manejo medico de reanimación, sin éxito, hasta presentar paro cardiorrespiratorio por lo que dan manejo avanzado de reanimación por 20 minutos, sin éxito, falleciendo el día 9 de febrero del 2022 a las 01:54 hora.

... CONSIDERACIONES MÉDICAS

1. RESPECTO A SI LAS LESIONES QUE RECIBIÓ EL MENOR EN EL ABDÓMEN PUDIERON CAUSARLE LA MUERTE.

En relación a lo anterior, sí es posible que las lesiones que recibió el MENOR pudieran causarle la muerte, esto porque es importante considerar que dentro de la cinemática del trauma, un golpe contuso directo o indirecto al abdomen lo que se denomina trauma cerrado de abdomen, genera compresión y lesión por aplastamiento de las vísceras abdominales y los huesos pélvicos. Tales fuerzas deforman órganos sólidos y vísceras huecas y pueden causar ruptura con hemorragia secundaria lo que conduce a un shock hipovolémico y contaminación por contenido visceral, que conlleva a peritonitis. Al presentar una evolución rápida desde el inicio de sus síntomas entre 10:00 u 11:00 hasta llegar a un estado crítico, 00:00 del nueve de febrero y su defunción, nos orientará a que presenta un cuadro de shock Hipovolémico secundario a lesión de órgano intraabdominal por trauma cerrado de abdomen, más que uno Shock séptico.

Considerando además que el menor, no presentó, signos y síntomas de una enfermedad días previo a el día que fallece, (como fue mencionado por PSP13, PSP18 y PSP10, con lo cual podemos descartar un proceso patológico infeccioso previo, como una apendicitis.

Debido a que los niños tienen una masa corporal más pequeña que los adultos, la energía transmitida por objetos como los parachoques, por las caídas, o un golpe contuso directo causa una mayor fuerza aplicada por unidad de superficie corporal. Esta energía concentrada se transmite hacia un cuerpo que tiene menos grasa, menos tejido conectivo, y en el que múltiples órganos se hallan más próximos que en los adultos, Estos factores son la causa de la alta frecuencia de lesiones múltiples que se ven en la población pediátrica.

2.- RESPECTO A LA CAUSA DE MUERTE DEL MENOR OCCISO SEÑALADA EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.

Referente a lo determinado como causa de muerte del MENOR ANGEL MANUEL MORENO, plasmado en su certificado de defunción le informo que consideramos que no era posible que el médico que certifica PP4, llegara a la conclusión que establece el certificado número D10, de fecha nueve de febrero de dos mil veintidós, con los datos recolectados de los hechos que se mencionan previos a su defunción.

Debe tomarse en cuenta que:

La peritonitis es la inflamación del peritoneo, una membrana suave que recubre las paredes abdominales internas y los órganos dentro del abdomen, la cual generalmente ocurre a causa de una infección bacteriana o micótica. Hay dos tipos de peritonitis:

Peritonitis bacteriana espontánea. A veces, la peritonitis se desarrolla como una complicación de una enfermedad hepática, como la cirrosis, o de una enfermedad renal.

Secundario a la colonización de bacterias en un medio estéril con una evolución de entre 3 a 5 días.

- **Peritonitis secundaria.** La peritonitis puede producirse por una ruptura (perforación) en el abdomen o como una complicación de otras enfermedades. El período de incubación para las infecciones por estafilococos es de 4-6 días. Se presentan como infecciones con un área bien definida, La infección por gramnegativos, normalmente resulta de una contaminación de contenido entérico. Pueden tratarse de infecciones mixtas, con estreptococos anaerobios y bacteroides frágilis. El periodo de incubación mínimo de estos organismos es de 7- 14 días. Las infecciones por gramnegativos, producen menos inflamación local y más signos sistémicos de sepsis. Para el tratamiento, a parte del desbridamiento quirúrgico del tejido necrótico, se requiere la administración de antibióticos por vía sistémica.
- La peritonitis requiere atención médica urgente para combatir la infección y, si fuera necesario, tratar cualquier enfermedad subyacente. El tratamiento de la peritonitis suele consistir en antibióticos y, en algunos casos, en cirugía. Sino se la trata, puede producir a una infección grave que se disemina por todo el organismo y pone en riesgo siendo en sus primeras etapas, BACTEREMIA (6 a 12 horas); SEPTICEMIA (12 a 36 horas); SEPSIS de LEVE a SEVERA (36 horas a 72 hrs) posteriormente CHOQUE SEPTICO (5 a 14 días).

Contaminación intraabdominal. Indica la presencia de microorganismos en la cavidad peritoneal. Ocurre antes de que se haya desarrollado invasión tisular, lo que se muestra por la escasa respuesta inflamatoria local.

Infección intraabdominal. Es una respuesta inflamatoria local a la invasión del tejido peritoneal por microorganismos.

Peritonitis. Es la respuesta inflamatoria peritoneal que puede estar asociada con estímulos infecciosos o no infecciosos; el término peritonitis representa un síndrome de respuesta inflamatoria local (LIRS), un análogo intraabdominal del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS).

Sepsis abdominal. Es la respuesta sistémica a un proceso infeccioso inicialmente localizado. Representa la respuesta inflamatoria peritoneal no específica del huésped ante la invasión microbiana. De lo anterior se deriva la conclusión de que debemos ser cuidadosos en el manejo de la terminología ya que los términos: contaminación, infección y sepsis abdominal no son idénticos. Una clasificación más exacta del proceso puede ser de valor clínico (porque el tratamiento de cada proceso es distinto) y académico (para establecer grupos de estudio más homogéneos en investigación). Sin embargo, no soslayar que estas condiciones pueden coexistir en el mismo paciente, desarrollarse simultánea o consecutivamente. Por ejemplo, la presencia de heces en la

cavidad peritoneal puede incluir una continuidad de condiciones locales y sistémicas que van desde la contaminación local al choque séptico.

La peritonitis secundaria aparece por la pérdida de la integridad del tracto gastrointestinal. Después de la contaminación peritoneal inicial, las bacterias encuentran tres formas de defensa del huésped: la depuración linfática, la fagocitosis y el secuestro por fibrina. El diafragma contiene estomas que actúan como conductos hacia el sistema linfático, las bacterias son rápidamente depuradas (en minutos) por esta vía y posteriormente se exponen a las defensas sistémicas. Esta depuración es tan eficiente que la peritonitis o formación de abscesos sólo ocurrirá cuando estén presentes sustancias adyuvantes como hemoglobina, bario o tejido necrótico. Estas sustancias, pueden promover la proliferación bacteriana al proporcionar nutrientes que aumentan el desarrollo bacteriano tales como el hierro, al bloquear mecánicamente los linfáticos y por daño en la quimiotaxis y capacidad de destrucción bacteriana por el sistema inmune. Durante las 3 primeras horas, después de la contaminación bacteriana, los macrófagos locales son las células fagocíticas predominantes y éstas también son depuradas por el sistema linfático. Si la proliferación bacteriana prevalece, los leucocitos polimorfonucleares se hacen más numerosos. Conforme la inflamación peritoneal tiene un desarrollo más amplio, la formación de fibrina atrapa bacterias, limita su desarrollo y junto con el epiplón sella las perforaciones. Hay un incremento en el flujo sanguíneo esplácnico y en la permeabilidad capilar, dando como resultado un exudado de entre 300 y 500 mL de líquido/h, lo cual puede conducir a hipovolemia y choque. Desafortunadamente estos mecanismos de defensa peritoneales pueden tener efectos adversos. El ingreso de microorganismos hacia los linfáticos puede producir bacteremia, sepsis sistémica y sitios secundarios de infección. El exudado de líquido hacia la cavidad diluye las opsoninas, por tanto, reduce la actividad de opsonización y fagocitosis. Los depósitos de fibrina atrapan bacterias, lo cual provee un ambiente asilado, lo que a su vez daña la penetración antimicrobiana y la migración fagocítica. Mientras que estos eventos ayudan al control de la peritonitis generalizada, ellos promueven el desarrollo de uno de los hallazgos macroscópicos más importantes abscesos intraabdominales.

CUADRO CLÍNICO La peritonitis ocurre después del escape de microorganismos hacia la cavidad abdominal a partir de un órgano enfermo o traumatizado. La principal manifestación de la peritonitis infecciosa es el dolor abdominal el cual generalmente está acompañado de fiebre, náusea, vómito y el cuadro puede evolucionar a estado de choque. La intensidad del dolor depende del tipo y cantidad de material extraño al cual las superficies peritoneales se hayan expuesto en un periodo de tiempo dado. Por ejemplo, la liberación súbita hacia la cavidad peritoneal de una pequeña cantidad de jugo gástrico estéril, causa mucho más dolor que la misma cantidad de materia fecal importantemente contaminada. El jugo pancreático enzimáticamente activo incita más dolor e inflamación que el que ocasionaría la misma cantidad de bilis estéril que no contenga enzimas potentes. En el caso de la contaminación bacteriana, el dolor al inicio

de la enfermedad generalmente es de baja intensidad, hasta que la multiplicación bacteriana da como resultado la elaboración de sustancias irritantes. El dolor de la inflamación peritoneal invariablemente se acentúa por presión o cambios en la tensión del peritoneo, si éstos se producen por palpación o descompresión del mismo (signo de von Plummer) o por movimientos como en la tos o el estomudo. En consecuencia, el paciente con peritonitis habitualmente se encuentra en cama casi inmóvil, prefiriendo evitar los movimientos. Otra de las características de la irritación peritoneal es el espasmo reflejo tónico de la musculatura abdominal, localizada al segmento corporal comprometido. La intensidad del espasmo muscular tónico que acompaña a la inflamación peritoneal es dependiente de la localización del proceso inflamatorio, la velocidad a la cual éste se desarrolla y la integridad del sistema nervioso. El espasmo muscular en un apéndice retrocecal perforado puede ser mínimo o ausente debido al efecto protector de la víscera suprayacente. En la reacción peritoneal difusa existe un silencio abdominal persistente (por íleo paralítico reflejo) y en la circunscrita se pueden llegar a percibir roces y crepitaciones a su nivel.

3.- RESPECTO A LA CAUSA DE MUERTE MÁS FACTIBLE.

Por lo anterior, resulta razonable que la defunción fuera secundaria al proceso que se desarrolla posterior a una contusión con lesión de órganos internos y sus subsecuentes condiciones, por el antecedente de que recibió un golpe, el tiempo de evolución del cuadro clínico y las manifestaciones clínicas encontradas por los servicios pre-hospitalarios.

Algunas lesiones viscerales abdominales son más comunes en niños que en adultos. Las lesiones traumáticas no penetrantes como un golpe contuso, un codo que golpea a un niño en el cuadrante superior derecho o la compresión directa sobre abdomen inferior y pelvis son comunes y se producen cuando el contenido visceral es comprimido con fuerza entre el golpe contra la pared abdominal anterior y la columna posterior. Este tipo de lesión también puede ser causada por maltrato infantil.

Las lesiones pancreáticas contusas se producen por mecanismos similares y su tratamiento depende de la extensión de la lesión. Las perforaciones del intestino delgado cerca del ligamento de Treitz son más frecuentes en niños que en los adultos, al igual que las lesiones por avulsión del mesenterio e intestino delgado. Estas lesiones en particular suelen diagnosticarse tardíamente debido a su sintomatología inicial inespecífica. La ruptura de vejiga también es más frecuente en los niños que en los adultos, debido a la poca profundidad de la pelvis infantil.

Las lesiones en los niños pueden causar una pérdida rápida e importante de sangre. Que puede conducir a un estado de Shock hipovolémico en cuestión de minutos, lo que va en relación a la velocidad de la pérdida sanguínea. La mayor reserva fisiológica de un

niño permite el mantenimiento de la presión arterial sistólica en el rango normal, incluso en presencia de shock. Es posible que se requiera una disminución de hasta 30% en el volumen sanguíneo circulante para manifestar una disminución en la presión sistólica del niño. La taquicardia y mala perfusión de la piel a menudo son las únicas claves para el reconocimiento temprano de la hipovolemia y el inicio temprano de una reanimación apropiada con líquidos.

Aunque la primera respuesta del niño a la hipovolemia sea la taquicardia, este signo también puede ser causado por dolor, miedo y estrés psicológico. Otros signos más sutiles de pérdida sanguínea en niños incluyen el debilitamiento progresivo de los pulsos periféricos, estrechamiento de la presión del pulso a menos de 20 mmHg, piel marmórea (que reemplaza a la piel húmeda de los lactantes y niños pequeños), extremidades frías comparadas con la piel del torso, y una disminución en el nivel de conciencia, con poca respuesta al dolor. Una disminución de la presión arterial y otros índices de perfusión orgánica inadecuada, como el gasto urinario, deben ser monitoreados cuidadosamente, pero, generalmente, ocurren más tarde. La presión sistólica media normal en niños es de 90 mmHg más el doble de la edad del niño en años. El límite inferior de la presión sistólica normal en los niños es de 70 mmHg más el doble de la edad del niño en años. La presión diastólica debe ser aproximadamente dos tercios de la presión sistólica. (Las funciones vitales normales por grupo de edad se enumeran en la n TABLA 10-5). La hipotensión en un niño representa un estado de shock descompensado e indica una pérdida grave de sangre superior al 45% del volumen sanguíneo circulante. La taquicardia que cambia a bradicardia a menudo acompaña esta hipotensión, y este cambio puede ocurrir súbitamente en lactantes.

Choque Hipovolémico:

El estado de choque hipovolémico hemorrágico es definido en la actualidad como un estado de desequilibrio entre el aporte y el consumo de oxígeno, secundario a una pérdida sanguínea. Al inicio se activan mecanismos de compensación que logran evitar que la enferma llegue a un estado de hipoperfusión tisular, si la pérdida sanguínea no es corregida, terminará en estado de metabolismo anaerobio, disfunción multiorgánica y muerte. (Cecconi M, 2014)

El shock hipovolémico (SH) se considera un síndrome clínico humoral donde la pérdida de fluidos corporales causa una hipotensión inicial que genera un desorden sistémico del flujo sanguíneo y en consecuencia, la perfusión tisular y la liberación de oxígeno están reducidas hasta niveles inferiores a los requeridos para mantener el metabolismo en el rango de la normalidad. Esta caída del flujo sanguíneo, más que la disminución de la tensión arterial, es la causa del rápido curso del SH no tratado con fallo circulatorio progresivo, alteraciones metabólicas celulares e hísticas y finalmente la muerte. Aunque la hipotensión es un componente obligado del SH es importante señalar que la

hipotensión simple no desencadena mecanismos compensadores cardiovasculares, lo que facilita la diferenciación; por otra parte, es un signo relativamente tardío en el shock y usualmente muestra fracaso de los mecanismos compensadores. El hecho que el flujo sanguíneo dependa de la presión de perfusión y la resistencia vascular, hace que al caer el flujo por debajo de valores críticos pueda mantenerse la tensión arterial como consecuencia del incremento de la resistencia vascular. Si esta situación persiste el resultado será una disfunción orgánica múltiple y muerte.

FASES DEL SHOCK

Fase de shock compensado: En una etapa precoz estos cambios actúan como mecanismos compensadores que intentan preservar la función de órganos vitales, de tal forma que al corregirse la causa desencadenante se produce una recuperación total con escasa morbilidad.

Fase de shock descompensado: Cuando los mecanismos de compensación se ven sobrepasados, se entra en una segunda fase en la que ya se aprecia disminución del flujo a órganos vitales e hipotensión, que clínicamente se traduce en deterioro del estado neurológico, pulsos periféricos débiles o ausentes y ocasionalmente pueden aparecer arritmias y cambios isquémicos en el electrocardiograma. En esta fase los signos de hipoperfusión periférica se hacen más evidentes, la diuresis disminuye aún más y la acidosis metabólica progresa. De no corregirse rápidamente, el shock se acompaña de una elevada morbilidad y mortalidad.

Fase de shock irreversible: Si el shock no se corrige, las posibilidades de que sobreviva el paciente se reducen drásticamente y finalmente se entra en una fase irreversible, donde la resucitación es difícil y aunque inicialmente se consiga, el paciente desarrollará un fallo multisistémico y fallecerá.

CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA Hemorragias. +Sangrado digestivo. + Traumas. + Sangrados retroperitoneales. + Hemoptisis. + Hemotórax. + Hemoperitoneo. *+ Ruptura de aneurismas aórticos. +Situaciones especiales: (embarazo ectópico roto, rotura uterina y atonía uterina). Pérdida de plasma. + Obstrucción intestinal. + Quemaduras. + Enfermedades exudativas de la piel. + Isquemia esplácnica. + Peritonitis, pancreatitis, ascitis de acumulación rápida. + Aumento de la permeabilidad capilar. Pérdidas excesiva de agua y electrolitos. + Diarreas y vómitos. + Sudoración profusa. * Ingesta inadecuada de agua y sales. + Pérdida urinaria excesiva (síndrome nefrótico, nefropatías perdedoras de sales, diabetes mellitus, diabetes insípida, fase diurética de la insuficiencia renal aguda, uropatía post obstructiva). + Insuficiencia adrenocortical aguda. La pérdida de sangre constituye la causa principal del SH denominado hemorrágico y la hemorragia abdominal mas común es por lesión de víscera hueca (intestino delgado) lesión de víscera (hígado y bazo) Lesión de vasos del mesenterio.

CONCLUSIONES.

Por lo anterior descrito le informo que:

a. En base al análisis integral de los datos de prueba que hasta el momento obran en la carpeta de investigación, tomando en cuenta las declaraciones de testigos presenciales, los datos clínicos que presento el menor ANGEL MANUEL MORENO, así como el tiempo de su inicio hasta el momento que fallece y demás información que obra en los autos de la carpeta, en opinión del suscrito, se puede concluir con un grado razonable de certeza científica que la muerte del menor ANGEL MANUEL MORENO, fue ocasionada por las lesiones que se le produjeran en el abdomen, siendo este un trauma cerrado de abdomen el día 8 de febrero de 2022, en los términos que declaran los testigos del caso.

b. No es posible certificar la causa de defunción de una persona sin tener conocimiento de sus condiciones médicas previas, es decir, quien certifica la defunción de una persona al momento de fallecer, debe ser alguno de sus médicos tratantes y/o quien le brindo atención medica durante el estado de convalecencia que lo llevo a su defunción. Por lo que consideramos que el diagnostico de Shock Séptico, registrado en su certificado de defunción D10, de fecha 9 de febrero de 2022, no pudo ser la causa de muerte, ya que el mismo, según la bibliografía médica y la experticia con la que se cuenta, requiere dentro de su patogenia al menos 72 horas para instalarse.

c. Asimismo, en opinión del suscrito, se puede concluir, con un grado razonable de certeza científica, que la muerte del menor ANGEL MANUEL MORENO, coincide con las características de un SHOCK HIPOVOLEMICO, SECUNDARIO A CONTUSIÓN PROFUNDA DE ABDOMEN. que pudo ser por una lesión de víscera hueca, lesión a vasos mesentéricos, lesión a hígado y/o bazo, al ser golpeado en el abdomen según lo declaran los testigos del caso, en fecha 8 de febrero de 2022...”

Relacionado con el anterior dictamen obra la declaración de PSP54:

“... Posteriormente, le es puesto a la vista el D22, de fecha 07 de abril del año en curso, el cual una vez que lo tuve a la vista lo ratifico en todas y cada una de sus partes y manifiesto que la firma que aparece al calce la reconozco como puesta de mi puño y letra; y en relación al mismo, manifiesto que como se concluye ... las lesiones que fueron inferidas al menor ANGEL MANUEL MORENO en fecha 8 de febrero de 2022, por la persona y en la forma en que señalan los testigos que declaran en la carpeta, con un grado de certeza razonable, le ocasionaron la muerte al referido menor, y que la causa de muerte, igualmente se concluye del análisis de la carpeta de investigación, con un grado de certeza razonable, lo fue un SHOCK HIPOVOLÉMICO SECUNDARIO A CONTUSIÓN PROFUNDA DE ABDÓMEN, el cual consiste en una lesión a los órganos intrabdominales que puede generar ruptura y hemorragia secundaria, lo que puede conducir a un estado

de shock hipovolémico y que este se genera a consecuencia del golpe en el abdomen que recibió el menor, asimismo, debo precisar que si el menor ANGEL MANUEL, hubiese recibido al inicio del cuadro clínico que presentó, la pronta y debida atención médica, en un nosocomio que contara con personal especialista y el equipo médico necesario, como pudiera ser el Hospital Universitario, el menor, con un alto grado de probabilidad, hubiese sanado de sus lesiones, ya que se le hubiere realizado el procedimiento quirúrgico consistente en laparotomía exploradora la cual consisten en abrir el abdomen y visualizar de manera directa el daño a algún órgano y que en caso de encontrarse alguna lesión se procede a la reparación de la misma y a su vez se realiza la limpieza de cavidad abdominal y con esto se evita se pueda generar un mayor daño como lo es el choque hipovolémico y/o séptico. Por otro lado, manifiesto que la diferencia entre la causa de muerte que concluye el suscrito con la que concluyó el médico que realizó el certificado de defunción, tiene que ver, principalmente, con que, para considerar que pudo tener complicación a un proceso infeccioso que lo llevara a una estado de shock séptico, el menor occiso debió de haber presentado signos y síntomas característicos de un proceso infeccioso, como lo son dolor abdominal localizado, ataque al estado general (dolor generalizado de articulaciones principalmente), pérdida del apetito, posición antálgica (posición que le genera confort y evita el dolor) y fiebre, cuando menos 72 horas antes de la hora defunción del menor, que lo fue a la 01:54 horas, del 9 de febrero de 2022, sin embargo, los síntomas que presentó el menor, según la declaración de testigos y PSP10, iniciaron alrededor de 15 a 16 horas previo a su defunción, mientras que el shock hipovolémico presenta una evolución más rápida en razón de la gravedad de la hemorragia y/o perdida de volumen (líquidos corporales), que puede ocurrir en pocos minutos hasta dentro de varios días, presentando síntomas similares al shock séptico, debido a que en ambas entidades clínicas la patogenia, es decir, como se desarrolla la enfermedad, sigue el mismo proceso, pero su origen es distinto...”

Asimismo, se cuenta con la Opinión Técnica Médica identificada con el folio SM-OM/01-2023, emitida por una perita médica del CAV, el cual a continuación se reproduce:

“... Considerando la petición de emitir una opinión técnica médica en la que se revisen las constancias que obran en el expediente CEDH-2022/0175/01, y tomando en cuenta la fundamentación teórica mencionada con anterioridad, se responden los puntos petitorios señalados en el oficio CEDHNL/2VG/5498/2023:

1. **Si el adolescente AMM contaba con un diagnóstico por algún trastorno, y en su caso, si el tratamiento proporcionado fue el correcto o no:**

AMM comenzó su cuidado por el DIF a los 4 años de edad, a su ingreso recibió un diagnóstico de “Hiperactividad e Impulsividad”, mismo que le fue tratado con un medicamento antipsicótico, risperidona (Risperidal) y Vitamina E el once de noviembre del dos mil once. Este diagnóstico fue cambiando con el tiempo, pero es importante aclarar

que, en ningún momento se localizan constancias o documentales que sustenten la determinación del diagnóstico y su supervisión integral, ni tampoco una narrativa descriptiva específica del motivo por el cual fue asignado ese o los demás diagnósticos al menor.

Al momento de su fallecimiento, Ángel tenía los diagnósticos de: Depresión, trastorno de apego reactivo y crisis epilépticas de etiología a determinar (en sus notas médicas) y trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), síntomas de estrés postraumático, trastorno depresivo persistente, discapacidad intelectual y crisis epilépticas (en el informe del día veintidós de marzo de dos mil veintidós), mismos que fueron tratados con: Valproato de Magnesio, Risperidona, Fluoxetina y Olanzapina, fármacos que fueron agregados a su esquema sin un monitoreo de sus niveles séricos ni justificación por parte de algún especialista. Cabe destacar que, en las documentales contenidas en el expediente en estudio, se encuentran únicamente notas de evolución de la institución y los médicos de la misma, aunque se hiciera referencia de interconsultas por terceros.

Conforme el paso del tiempo durante su estancia en la institución, le fueron suministrados medicamentos que fueron introducidos y posteriormente, suspendidos, entre los que se señalan: metilfenidato en su versión regular y de liberación prolongada, y la suspensión de risperidona desde el año dos mil doce. No obstante, no se tomó en cuenta la nota de su suspensión, ya que siguió siendo administrado al menor por el resto de su estancia en el albergue DIF.

Ante tales circunstancias, es importante considerar que los diagnósticos establecidos para AMM son inespecíficos y variables, no cuentan con seguimiento de especialistas de las áreas indicadas, por esto mismo, las indicaciones medicamentosas son de igual forma, inespecíficas y variables.

Con respecto a la epilepsia en estudio, está indicado el Valproato de Magnesio, en caso de la depresión está indicada la Fluoxetina y en caso del TDAH el Metilfenidato (suspendido en dos mil veintiuno), **considerándose un tratamiento correcto.**

Ahora bien, vinculado a los diagnósticos de discapacidad, estrés postraumático y discapacidad intelectual, no se localizó una descripción dentro de los documentales que contuviera algún plan terapéutico, asimismo, no se encontraron constancias que sustenten la indicación de Risperidona y Olanzapina. **En consecuencia, a tales circunstancias, su administración la considero como incorrectas o inadecuadas.**

2. Si la atención médica, psicológica, psiquiátrica y/o de cualquier otra índole brindada al adolescente AMM durante el tiempo que estuvo albergando el DIF fue la correcta o no

En coincidencia al punto anterior, es oportuno mencionar que las intervenciones terapéuticas del menor en su tiempo albergado en el DIF están documentadas de manera

insuficiente. En consecuencia, con base en las notas de evolución médica, recetas y dichos del personal proveedor de salud, tengo a bien exponer lo siguiente:

- El personal médico encargado del menor fue variable en los 11 años de estancia en la institución, justificándolo en el informe rendido con fecha del 22 de febrero de 2022: “su diagnóstico era trastorno de déficit de atención con hiperactividad, síntomas de estrés postraumático, trastorno depresivo persistente, discapacidad intelectual y crisis epilépticas; cabe aclarar que durante el mes de diciembre de 2020 y enero del 2021, el adolescente fue atendido por personal médico que se incorporó al sistema DIF cuyas especialidades son la paidopsiquiatría y neurología, los cuales reclasificaron el diagnóstico que hasta la fecha le habían atribuido, por parte de los médicos que trataron al adolescente durante todos los años que estuvo ingresado en el Centro de Atención a Niñas, niños y adolescentes”.

Considerando que su estancia comenzó en el año dos mil once, con un diagnóstico de “trastorno de lenguaje” e “hiperactividad e impulsividad”, asignado por el pediatra que realizó su historia clínica de ingreso, tuvo un seguimiento inadecuado con notas de evolución sin diagnóstico específico y con múltiples modificaciones de las dosis terapéuticas del antipsicótico indicado, mismo que hasta este momento no tenía indicación médica especializada al no tener un diagnóstico de psicosis o trastorno psicótico para justificarlo.

Posteriormente, a partir del año dos mil veinte, AMM fue atendido por personal médico diverso que cambió sus diagnósticos a discapacidad intelectual y TDAH. Al respecto, se localizaron múltiples notas firmadas por distinto personal de salud, entre ellos, médicos pasantes de servicio social, pediatras y personal de enfermería, quienes hicieron modificaciones en su tratamiento y diagnósticos, sin documentar las causas específicas y sin acreditarse contar con los elementos suficientes para un adecuado ajuste del mismo. **Así, puedo concluir que la intervención de diferentes personas, por la falta de comunicación y alcances concretos, no funcionó como un equipo multidisciplinario.**

Subsecuentemente, en julio del año dos mil veinte se le comenzó a administrar Zyprexa, es decir, Olanzapina en forma de “medicamento de rescate”, cuando el menor presentaba crisis de ansiedad, agresividad o irritabilidad. Sin embargo, este fármaco no se encuentra indicado para ninguno de los diagnósticos, según la bibliografía previamente citada, “La olanzapina es un antipsicótico atípico con estructura tienobenzodiazepínica que se emplea para el tratamiento eficaz de esquizofrenia”³⁰², y AMM no contaba con un diagnóstico de esquizofrenia.

³⁰² PLM Latinoamérica. (2018). Olanzapina. Obtenido de https://www.medicamentosplm.com/Home/productos/olanzapina_tabletas/2655/101/52541/210.

En razón de lo anterior, para hacer una correcta evaluación de la atención médica brindada a AMM por parte del DIF, tendría que haber un expediente clínico completo, legible y accesible, que cumpliera con los elementos previstos por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico,³⁰³ la cual establece que debe de contener una historia clínica completa, citado previamente en este documento. No obstante, contrario a esto, la única cronología clínica que se encuentra dentro de este expediente tiene fecha del año dos mil once y carece de “Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros”³⁰⁴ necesarios, en este caso, para elaborar un correcto diagnóstico que determine con base científica un trastorno de lenguaje o discapacidad intelectual.

En las notas de evolución, según la NOM previamente citada, se requiere que se incluya lo siguiente:

- Elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente.
- Describir la evolución y actualización del cuadro clínico, signos vitales, resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente; diagnósticos o problemas clínicos; pronóstico; tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.

No obstante, las notas del expediente clínico que nos ocupa no contienen la información completa requerida, omitiendo en su mayoría la evolución y actualización del cuadro clínico, diagnósticos o problemas clínicos y en ninguna se agregan los signos vitales ni el pronóstico. Encontrándose, únicamente notas que en su totalidad solo establecen “Se refiere en estado ansioso y agresivo, se decide brindar manejo médico”, por ejemplo, en la nota del 28 de noviembre de 2020, previamente citada.

De esta manera, **cuento con elementos para opinar que la atención médica brindada por el DIF al menor identificado como AMM durante su estancia fue la incorrecta.**

3. Si la atención médica proporcionada al adolescente AMM, el día que falleció, fue la correcta o no

Acorde a los documentales, en fecha ocho de febrero de dos mil veintidós, AMM fallece durante la noche, determinándose una causa de muerte por consecuencia de un choque

³⁰³ Secretaría de Salud . (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico Obtenido de Diario Oficial de la Federación 15-10-2012: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5280848#:~:text=Esta%20norma%20tiene%20por%20objeto,divulgar%20la%20Informaci%C3%B3n%20en%20Salud.

³⁰⁴ NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.

séptico por una peritonitis. Al respecto, los únicos documentales que contiene el expediente y que podrían sustentarlo, son los dichos del personal de DIF Fabriles, los menores compañeros de AMM y el certificado de defunción. **Consecuentemente, es conducente destacar que no existen notas médicas que detallen y expliquen la línea de tratamiento empleada en el menor.**

Partiendo de esa circunstancia, este punto a concluir está basado principalmente en: (a) el certificado de defunción, (b) informe de DIF y (c) las narrativas de los hechos por el personal de salud de DIF.

Primeramente, en cuanto al (a) certificado de defunción del menor, refiere que: “Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente- choque séptico, intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 3 horas; Debido a (o como consecuencia de) – peritonitis, intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 15 horas”. Ahora bien, tomando en cuenta que el cuadro clínico que presentó el menor tenía quince horas de evolución, no obran dentro de este expediente documentales que registren atención médica, con referencia a la patología mencionada, o su involucro generalizado, ya fuera en su estado físico o síntomas gastrointestinales que hayan sido tratados o atendidos durante el tiempo que presentó, la cual, al dicho de los involucrados, fue la enfermedad que lo llevó a su fallecimiento.

En cuanto al (b) informe DIF del día veintidós de febrero de dos mil veintidós, la CEDHNL interrogó el padecimiento, los medicamentos e indicaciones de suministración que fueron empleados en AMM el día de su fallecimiento, a lo que DIF responde: “Durante el día presenta 2 episodios de vómito de contenido gastro alimentario, siendo que alrededor de las 10:00 de la noche presenta exacerbación de sintomatología gastrointestinal con presencia de hipertermia, dolor abdominal y múltiples episodios de vómitos; cabe hacer mención que, debido a su condición clínica, aunado a los medicamentos utilizados, el adolescente presentó riesgo de alteración del umbral del dolor.” Con esta información se especifican las siguientes consideraciones:

- No existe alguna nota médica o de atención documentada que relate la “sintomatología gastrointestinal”³⁰⁵, y que, aunado a lo manifestado por el personal que lo atendió que refieren no haber realizado una exploración física que descartaría, como mínimo, la aseveración de la hipertermia³⁰⁶, al no estar cuantificada ni documentada, solamente se menciona en el informe citado en el párrafo anterior.

³⁰⁵ El primer signo de problemas en el aparato digestivo con frecuencia comprende uno o más de los siguientes síntomas: Sangrado, Distensión, Estreñimiento, Diarrea, Acidez gástrica, Incontinencia, Náuseas y vómitos, Dolor en el abdomen, Problemas para tragar, Aumento o pérdida de peso.

³⁰⁶ La hipertermia ocurre cuando la temperatura corporal asciende a niveles superiores a los normales y el sistema de termorregulación del cuerpo no puede funcionar correctamente.

- Partiendo del hecho que el menor llevaba alrededor de diez años con el tratamiento psiquiátrico que se le administró hasta el día de su fallecimiento, no encuentro documentales que contengan la justificación para decir que: “el adolescente presentó riesgo de alteración del umbral de dolor”, toda vez que, en ningún momento (o al menos, no existe registro) se le administraron medicamentos analgésicos, antiespasmódicos o desinflamatorios para tratar dicha posible condición.

Considerando la atención médica, con respecto al cuadro clínico que presentaba en ese momento, puedo determinarla como incorrecta, en virtud que no le fue administrado ningún medicamento distinto a los establecidos en su régimen cotidiano, tampoco se le brindó una consulta médica completa o, al menos, no fue debidamente registrada (en caso de existir) las atenciones adecuadas y específicas para el cuadro clínico que AMM presentaba.

Aunado a lo que precede, en el informe del veintidós de marzo de dos mil veintidós, el DIF informa que: “Relacionado a las causas de su defunción, no se reportó que haya presentado síntomas en los días previos. No obstante, lo anterior y en atención a su condición clínica, se le había mantenido hasta el momento de su defunción con prescripción médica de antipsicótico atípico, antidepresivos y anticonvulsivo. Es decir, los referidos medicamentos están vinculados a antecedentes gastrointestinales que anteriormente presentó por lo cual los síntomas que manifestó previo a su defunción se pudieron enmascarar.” Así, reiterando la conclusión anterior, donde se hace énfasis en la **falta categórica de atención médica adecuada al menor el día de su fallecimiento, en el cual, solamente se le proporcionaron sus medicamentos psiquiátricos sin considerar su estado actual ni consultar con su médico tratante.**

En cuanto a (c) las narrativas de los hechos expuestas por el personal de Salud del DIF, se destaca el dicho del PSP3, quien asentó que: “entre 11:00 am y 11:00 pm aproximadamente el menor AMM entra en crisis y vomita en el patio, se lleva a enfermería para que le sea suministrado algo para el vómito, pero siguió en crisis y se procedió a suministrarle el medicamento de Olanzapina, se regresa a su dormitorio por su propio pie en compañía del enfermero PSP16 y yo (PSP3).” Con este dicho, puedo concluir que, **la atención brindada al menor fue realizada de forma rutinaria, incorrecta, sin considerar brindarle auxilio, consulta o atención en general con respecto al cuadro clínico que presentaba AMM en ese momento.** De la misma manera, la PSP20 comenta en su narrativa de los hechos, que “se acuesta en la camilla del consultorio, comienza a patear la camilla y golpearla porque continúa refiriendo que quería ver a PSP26, no se logra tranquilizar solo y se le inyecta ½ ampolleta de Olanzapina indicada por su médico psiquiatra en caso de crisis, se tranquiliza y se va por su propio pie al patio ya tranquilo.”

En virtud de lo anterior, me encuentro en condiciones de concluir como una falta de atención exhaustiva a la situación del menor, ya que, con base de las declaraciones referidas, AMM

presentaba un cuadro sintomático gastrointestinal y el personal de salud se enfocó en “tranquilizarlo”, **sin consultarlo, explorarlo, sin documentar sus signos vitales ni hablar con su médico tratante para el visto bueno del medicamento de rescate.**

En el primer informe DIF, previamente citado, se agrega “Se niega categóricamente que se le hayan suministrado sedantes, cabe aclarar que en el Centro Fabriles no se cuenta con ese tipo de medicamentos.” Al respecto, considero importante especificar que independientemente que el medicamento Olanzapina no sea un fármaco sedante, su indicación terapéutica es la sedación, en virtud que acorde a la FDA: “La olanzapina es una medicina antipsicótica utilizada para tratar dos trastornos de salud mental: la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Puede atenuar las alucinaciones, en las cuales la persona escucha o ve cosas que no existen, y otros síntomas psicóticos, tales como el pensamiento desorganizado.”³⁰⁷ Esto con intención de aclarar que el uso del medicamento en AMM era para “calmarlo” independientemente de que el medicamento fuera un sedante y agregando que está contraindicado por falta de estudio en el uso en menores de 13 años³⁰⁸ y este estuvo indicado en AMM desde el 2020, teniendo entre 11 y 12 años de edad, **haciendo al tratamiento, desde su indicación, de una manera incorrecta.**

Por último, respecto a la atención proporcionada por el servicio externo D34 como respuesta a la prestación de servicios requerida por el DIF, esta únicamente se encuentra asentada en una hoja de informe con datos “Historia Clínica Prehospitalaria, D31”, misma que, como el resto de los demás documentos elaborados con fecha del día de la defunción del menor, no cuenta con la información necesaria suficiente que permita conocer pormenores de las circunstancias, intervenciones y/o acciones u omisiones que se realizaron o dejaron de hacer. **En consecuencia, al no tener elementos descriptivos suficientes, no es posible evaluar el grado de oportunidad, pertinencia o en su caso, integralidad de la atención proporcionada por el servicio D34 al menor AMM durante el día de su deceso; por ende, se considera que, ante tales deficiencias y omisiones en la generación de su informe de su participación, puedo opinar que fue inadecuada e incorrecta.**

4. Si la causa de la muerte del adolescente AMM, establecida en el certificado de defunción, es correcta o no.

Con el propósito de responder lo solicitado en el presente punto, es imperante partir de las consideraciones siguientes:

³⁰⁷ FDA. (10 de 05 de 2016). La FDA advierte de reacciones de la piel poco comunes, pero graves con el uso del psicofármaco olanzapina. Obtenido de Drug Safety and Availability.

³⁰⁸ PLM Latinoamérica. (2018). Olanzapina. Obtenido de PLM.

Los documentos a considerar serán el mismo Certificado de Defunción D10 de la Secretaría de Salud, y la Opinión Médica realizada por el Servicio Médico Forense del Instituto de Criminalística y Servicios Periciales del Estado de Nuevo León, ambos citados previamente.

- En expediente de estudio, no se cuenta con información técnica suficiente respecto a la atención médica proporcionada por DIF al menor el día de su fallecimiento, ya sea por ser la única atención brindada o bien, por tener omisiones en su documentación.
- Por otro lado, la persona que certificó la muerte de AMM, no era conocido para él (médico) como paciente.
- En la opinión médica realizada por el Servicio Médico Forense, se hace referencia a los dichos de las personas presentes e involucradas en los hechos previos a la defunción del menor, declarando que: “[...]queda de manifiesto, que inicia cuadro clínico del menor occiso, alrededor de las 10:00 u 11:00 horas del día 8 de febrero de 2022, presentando, a dicho de los testigos, vomito abundante y dolor abdominal, lo que se presentó justo después de recibir un fuerte golpe en el abdomen y que se apoyaran sobre su abdomen con un pie y rodilla, según lo señalan los testigos PSP33, PP42 y PP8, respecto al golpe en el abdomen, inclusive PP42 el propio menor occiso le refirió que había sido golpeado por una persona que identifica como PSP3”.

Ante tales circunstancias, la falta de información documentada de la atención brindada al menor durante ese día, así como los dichos de las personas referidas en la opinión médica realizada por el Servicio Médico Forense, es procedente considerar la posibilidad de una lesión traumática como un motivo de su defunción.

En ese orden de circunstancias, es importante traer a colación el contenido de la declaración³⁰⁹:

“se puede evidenciar de las entrevistas, que, durante las siguientes horas, hasta su fallecimiento a las 1:54 horas del 9 de febrero de 2022, se presentó en el menor occiso un deterioro clínico con evolución desfavorable por continuar con vómito y dolor abdominal y presentar, además, debilidad, palidez, ojos hundidos, deshidratación, falta de apetito, labios azules y sudoración fría. Se refiere que presenta fiebre, sin embargo, no se encuentra registro médico de la misma.”

Y posteriormente “servicios médicos prehospitalarios (D34) quien al arribar 01:14 horas, encuentran al menor Ángel Manuel Moreno, con datos de deshidratación, malas condiciones generales, pulso y TA indetectable, por lo que inician manejo

³⁰⁹ Opinión Médica del Servicio Médico Forense del Instituto de Criminalística, citado en la página 21 de este documento.

médico de reanimación, sin éxito, hasta presentar paro cardiorrespiratorio por lo que dan manejo avanzado de reanimación por 20 minutos, sin éxito.”

Ante la deficiente forma de documentar la atención médica proporcionada (ya sea por su inexistencia o su mala práctica de su formalización del expediente clínico), tanto del día de su muerte, así como la(s) causa(s) de muerte, **puedo determinar que el llenado del certificado de defunción como incorrecto. Lo anterior, en virtud que se limita a exponer como antecedente una peritonitis de 15 horas de duración y un choque séptico de 3 horas, los cuales por sí mismos ni su sintomatología se encuentran documentados.**

Con referencia a las causas asentadas en el certificado de defunción, es de destacarse que la causa inicial de la peritonitis, pudo haber sido una probable apendicitis (como en algunas narrativas de los hechos lo mencionan), sin embargo, la falta de información formalizada e integrada en un expediente clínico de AMM dificulta la posibilidad de realizar una línea del tiempo de los eventos (y actuaciones u omisiones) que llevaron a AMM a su muerte. Con base en esto, puedo coincidir con lo analizado por el Médico Perito en la Opinión Médica del Servicio Médico Forense, en que:

“Al presentar una evolución rápida desde el inicio de sus síntomas entre 10 u 11 hasta llegar a un estado crítico, 00:00 del 9 de febrero y su defunción, nos orientará a que presenta un cuadro de shock Hipovolémico secundario a lesión de órgano intraabdominal por trauma cerrado de abdomen, más que un shock séptico. Considerando además que el menor, no presentó signos y síntomas de una enfermedad días previo a el día que fallece (como fue mencionado por PSP13, PSP18 y PSP10) con lo cual podemos descartar un proceso patológico infeccioso previo, como una apendicitis.”

Ahora bien, aunado a la falta de conocimiento del caso específico del médico que certifica, debe tomarse en cuenta los tiempos de evolución de las patologías que fueran anotadas como causa de muerte del menor, que de ser algún proceso infeccioso o propio de enfermedad general lo que provocara la peritonitis, tendría que haber pasado este suceso a una inflamación peritoneal (capa delgada que cubre los órganos abdominales), que al estar provocada por un agente infeccioso, tendría un cuadro propio de infección que presentaría, como mínimo, fiebre y malestar general.

Posterior a esto, tendría que haber pasado por el ciclo de una peritonitis no tratada convirtiéndose bacteriemia que toma de 6 a 12 horas en instaurarse, la cual se refleja con la infección de la sangre (posterior a la infección en la cavidad abdominal y su trayecto al torrente sanguíneo), considerando que esta tampoco se trató, ya que el menor no tuvo atención médica, o al menos, no existen registros de la misma al día de su muerte.

Por lo tanto, para considerar que la progresión de su estado culminaría en su fallecimiento a causa de un choque séptico, tendría que haber seguido la historia natural de la enfermedad, que involucraría haber pasado por una sepsis³¹⁰ y sus diferentes grados de gravedad, desde las 12 horas de instauración de la enfermedad hasta 36-72 horas, que resultaría en una sepsis grave³¹¹ y sobre esta misma progresión, al perder el volumen suficiente para provocar hipotensión y falla multiorgánica, (según la bibliografía citada) entre 5 y 14 días después del evento desencadenante inicial, estaríamos ante un cuadro de choque séptico³¹² mismo que al tratar de reanimar al menor, ya fuera con maniobras o reanimación hídrica, como señalaron los médicos del servicio D34 hicieron en su intervención, habría no respondido el menor. **Con referencia a lo previamente citado y el estudio de los documentales disponibles, se considera improbable la causa de muerte afirmada en el certificado de defunción; en consecuencia, la considero incorrecta.**

A mayor abundamiento, me encuentro en las posibilidades de opinar de forma coincidente con una parte de la conclusión de la opinión médica del Servicio Médico Forense, que refiere lo siguiente:

“se puede concluir con un grado razonable de certeza científica que la muerte del menor AMM fue ocasionada por las lesiones que se le produjeron en el abdomen, siendo este un trauma cerrado de abdomen el día 8 de febrero de 2022, en los términos que declaran los testigos del caso.” Y “No es posible certificar la causa de defunción de una persona sin tener conocimiento de sus condiciones médicas previas, es decir, quien certifica la defunción de una persona al momento de fallecer, debe ser alguno de sus médicos tratantes y/o quien le brindó atención médica durante el estado de convalecencia que lo llevó a su defunción” ...”

De las constancias citadas se advierte que Ángel, en lo general, era un adolescente tranquilo y extrovertido, a excepción de cuando tenía crisis de conducta derivadas de los trastornos que padecía, tales como déficit de atención con hiperactividad, síntomas de estrés postraumático, depresivo persistente, discapacidad intelectual y crisis epilépticas, para lo cual se proveía el tratamiento consistente en valproato de magnesio, risperidona y fluoxetina, además de olanzapina (PRN solo en caso de crisis de ansiedad previa indicación médica psiquiátrica).

³¹⁰ Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica con sospecha de infección o infección documentada.

³¹¹ Sepsis grave: síndrome de sepsis asociada con disfunción orgánica, anormalidades de la perfusión o hipotensión dependiente de la sepsis y que responde a la adecuada administración de líquidos.

³¹² Sepsis grave con hipotensión que no responde a la reanimación con líquido.

El ocho de febrero de dos mil veintidós, entre las diez y once horas, mientras Ángel se encontraba en el patio de Fabriles, en el área de las canchas, luego de que presuntamente tuviera un conflicto con otro adolescente, fue golpeado fuertemente en el estómago por PSP3, al parecer con la rodilla, por lo cual, de manera inmediata y ante el dolor de la agresión recibida, el adolescente se hizo “conchita”, sujetándose el estómago con las manos y empezó a vomitar.

De esto, fueron testigos diversas personas del servicio público de Fabriles, quienes pese a lo anterior y a que Ángel les expresó sentirse mal, no hicieron nada para ayudarlo, ni reportaron lo sucedido.

Luego, Ángel fue llevado a la enfermería, donde el personal médico le suministró un medicamento intramuscular³¹³ debido a que presuntamente presentó otra crisis.

Sobre el particular, debe mencionarse que no se encontró ningún documento a través del cual se llevara el control de los medicamentos existentes, que se suministraban en Fabriles, por ejemplo:

- La persona que tenía la obligación de resguardarlos;
- Las personas que lo solicitaran, incluyendo su cargo; y,
- El motivo o destino del uso que se les iba a dar.

El adolescente fue llevado a su cuarto, en el cual permaneció presentando diversos cuadros de vómito, expulsando comida y líquido color amarillo o rosa con puntos rosas más fuertes, situación que fue reportada por diversas personas infantiles o adolescentes a PSP3 y al personal de Fabriles; sin embargo, no pasó el reporte ni hizo acciones tendentes a proteger y garantizar su derecho a la salud.

Diverso personal de Fabriles le informó a PSP3 que Ángel se seguía sintiendo mal, que se veía mal, con los ojos sumidos, negros y con la piel amarilla, quien solo se limitó a decir que se le diera ibuprofeno y que le dijeran a éste que era el último medicamento que le

³¹³ Al parecer olanzapina.

daban, que se aguantara hasta la noche, pese a que sabía que la causa posible de su malestar se relacionaba con el golpe que él mismo le había dado.

La sintomatología de Ángel en el transcurso de ese día evidenciaba que su estado de salud estaba decayendo, pero el personal de Fabriles no hizo nada para atenderlo, pues si bien, informaban de esa situación a PSP3, lo cierto es que, bien pudieron hacer el reporte directamente al personal médico, lo cual no se advierte haya sucedido.

Con relación al personal médico, si bien PSP10 que cuando llevaron a Ángel a la enfermería a pregunta expresa de PSP20 dijo que no le dolía el estómago, situación que resulta un tanto inverosímil debido a que no se especifica cuál fue la razón para hacerle ese cuestionamiento, a menos que éste siguiera agarrándose el estómago con las manos, lo que evidenciaría un dolor en esa zona, lo cual debería de ser mayormente apreciable por dicho personal, debido a su profesión.

Además, diverso personal del DIF refirió que PSP10 llegó al lugar donde Ángel estaba en el suelo donde lo vio vomitar, ordenando que lo llevaran a la enfermería, por lo cual, si bien, no presenciaron la agresión, pero sí observaron la sintomatología que estaba presentando el adolescente, dada su experiencia como médicos, debieron de ahondar en cuáles fueron las causas o motivos para que se agarrara el estómago y hubiera vomitado, además, se presume de manera fundada, dado el contexto en el que laboran, que Ángel era una persona saludable físicamente hablando.

Al respecto, perito médico del CAV al emitir su opinión técnico médica estableció que, una vez analizadas las constancias del expediente CEDH-2022/175/01 y el informe del DIF, el personal de Fabriles no refirió haber realizado una exploración física, considerando la atención médica, con respecto al cuadro clínico que presentaba Ángel en ese momento, como incorrecta, pues no le fue administrado ningún medicamento distinto a los establecidos en su régimen cotidiano y tampoco se le brindó una consulta médica completa o, al menos, no fue debidamente registrada (en caso de existir) las atenciones adecuadas y específicas para la sintomatología que presentaba el adolescente.

Agregó que, la atención brindada al menor fue realizada de forma rutinaria, incorrecta sin considerar brindarle auxilio, consulta o atención en general con respecto al cuadro clínico que presentaba Ángel en ese momento, solamente se le proporcionaron sus

medicamentos psiquiátricos sin considerar su estado de salud, ni consultaron con su médico tratante para el visto bueno del medicamento de rescate (olanzapina).

Con relación a que el DIF negó categóricamente que Ángel hubiera sido sedado el día de los hechos, perito médico del CAV asentó, además, que, si bien, la olanzapina no es un fármaco sedante, su indicación terapéutica es la sedación,³¹⁴ situación que se actualizó pues se infiere, fundadamente que, la intención del personal de Fabriles era calmar a Ángel ya que, a su dicho, estaba presentando una crisis.

Ángel siguió sintiéndose mal, de lo cual el personal de Fabriles se dio cuenta, pues en la noche de ese día, lo estaban monitoreando y PSP3 le pidió que brincara como saltando la cuerda, lo cual dice hizo bien, pero al ver que tenía la piel pálida, las pupilas chiquitas y que ya sólo articulaba algunas palabras, fue cuando lo bajaron del cuarto donde estaba con los demás adolescentes, sin embargo, esa situación de malestar ya le había sido reportado durante el transcurso del día.

Lo anterior, encuentra sustento con el reporte de PSP3, del cual se advierte que efectivamente tuvo conocimiento del estado de salud de Ángel, al señalar diversos horarios e incluso refiere haberle suministrado una segunda dosis de olanzapina, esto sin que dicha decisión encuentre sustento documentado, y en su caso, que fuera cumpliendo la determinación PRN estipulada por el DIF en su informe.

Es importante mencionar que, después de que Ángel permaneció todo el día y noche del ocho de febrero sin atención médica, aún y cuando fue llevado a la enfermería de Fabriles la madrugada del nueve de ese mes, tampoco recibió atención de manera inmediata, primero porque no había doctores, y luego, tuvo que esperar hasta que los enfermeros informaran vía telefónica al personal de esa área de la situación, quienes les indicaron pedir la ambulancia; es decir, el personal de enfermería que tenía a su cuidado a niñas, niño y adolescentes tuvo que esperar a recibir una instrucción para pedir el auxilio médico, entre las 00:40 y 01:15 horas, del nueve de febrero, pese a que el mal estado de salud del adolescente era evidente.

³¹⁴ Acorde a la FDA. La Olanzapina es una medicina antipsicótica utilizada para tratar dos trastornos de salud mental: la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Puede atenuar las alucinaciones, en las cuales la persona escucha o ve cosas que no existen, y otros síntomas psicóticos, tales como el pensamiento desorganizado.

De la historia clínica prehospitalaria de D34 se advierte el resumen clínico y tratamiento que dice:

“acudimos ha llamado por cuidador enfermero de albergue fabriles, comentan con cianosis/palidez y hundimiento ocular de una hora y (ilegible), además hipotermia, refiere desde el mediodía, dolor abdominal y vómito de contenido gástrico en (ilegible) no cuantificado (más de 10 [ilegible]) además fiebre de 39°, encontrado a paciente en mal edo. general (resto ilegible).”

Esta Comisión considera que el DIF, al ser una institución que alberga a niñas, niños y adolescentes, en todo momento tiene inmersa, en atención a su naturaleza, la obligación de garantizar, en igualdad de circunstancias, la satisfacción de las necesidades de ese grupo de atención prioritaria, destacadamente en un tema tan imprescindible como es el derecho a la salud, que incluye el acceso a la atención médica al más alto nivel posible, de manera pronta e inmediata, para prevenir situaciones que pudieran poner en riesgo la integridad, la seguridad o la vida de estos.

Al arribó de la empresa médica D34³¹⁵ Ángel se desmayó y empezó vomitar, por lo cual el personal de emergencias le dio RCP; sin embargo, el adolescente perdió la vida a las 01:54 horas, después le solicitaron al personal de Fabriles que les firmaran la hoja del servicio que se había prestado, pero no lo hicieron, tuvieron que esperar hasta que llegó el Director de Atención al Menor, a quien le dijeron que lo más recomendable era que se practicara al adolescente la autopsia.

La Fiscalía concluyó que el diagnóstico establecido en el certificado de defunción de Ángel no pudo ser la causa de su muerte, así como que, tomando en consideración los datos de prueba que obran en la carpeta de investigación mencionada, se concluía, con un grado de certeza científica que la muerte del adolescente fue ocasionada por las lesiones que se le produjeron en el abdomen³¹⁶ (área del cuerpo donde recibió la agresión por parte de PSP3, el ocho de febrero de dos mil veintidós).

Dicha conclusión, encuentra coincidencia con la emitida por perito médico del CAV de esta Comisión, en la cual señala que, ante la falta de información documentada con

³¹⁵ Un médico, un paramédico y un enfermero.

³¹⁶ Shock hipovolémico secundario a contusión profunda de abdomen.

relación a la atención brindada al adolescente (ya sea por su inexistencia o su mala práctica de su formalización del expediente clínico), así como los dichos de las personas referidas en el dictamen de la Fiscalía, es procedente considerar la posibilidad de una lesión traumática como un motivo de la defunción de Ángel. Además, considera improbable la causa de la muerte afirmada en el certificado de defunción.

Luego, aún y cuando para ese momento, en Fabriles ya se encontraba el personal médico del DIF, PSP21, PSP10 y PSP20, el Director de Atención al Menor llamó a PP4, quien, según su declaración, revisó el cuerpo de Ángel, el cual no presentó lesiones o marcas de violencia, concluyendo que la causa de su muerte fue un choque séptico derivado de una peritonitis.

Después, el Director de Atención al Menor contrató los servicios de una funeraria y sin justificar el motivo de su proceder,³¹⁷ solicitó la cremación del cuerpo de Ángel, además, no iba a permitir que su hermana V4 se despidiera de éste, sino que diverso personal del DIF al enterarse de la situación le dijeron que su familiar tenía ese derecho, el cual si bien se llevó a cabo, lo cierto es que la velación fue por un factor externo a la voluntad de dicho funcionario, e incluso fue por un periodo de tiempo muy corto, entre 2 y 4 horas aproximadamente.

Es importante agregar que el Director de Atención al Menor dio instrucciones al personal del DIF que tuvo conocimiento de la muerte de Ángel que no dijera nada de ello, incluso ordenó al personal policial de la Secretaría de Seguridad del Estado que se encontraba en Fabriles que no reportaran lo sucedido, que la muerte del adolescente la iban a tratar como un asunto interno, incluso, según el dicho de los elementos, les pidió borrar los datos que tenían y les revisó sus celulares para asegurarse que no tenían información sobre el fallecimiento de Ángel.

Además, el once de febrero de dos mil veintidós, cuando acudió la policía ministerial a Fabriles, en atención a un reporte de persona inconsciente, les negó toda información, externándoles que cualquier solicitud de información la hicieran por oficio, dirigido a la

³¹⁷ Refirió que fue porque el DIF no cuenta con terrenos de panteón y otro motivo que era para que su hermana quien estaba albergada en Capullos, cuando fuera mayor de edad, determinara el destino final de los restos de Ángel, aludiendo que de haberlo sepultado eso no hubiera podido ser de esa manera.

Procuraduría, así como que no tenía inconveniente en presentarse ante la autoridad competente.

Cabe mencionar que las videograbaciones de Fabriles no fueron encontradas, es decir, no se encontró almacenamiento de imágenes y/o audio relativas a los hechos que nos ocupan, lo cual constituye una falta grave que, aunado a lo anterior, hace presumir a esta Comisión que esa situación fue de manera deliberada, pues de las declaraciones se advierte que, además, las fechas que tenían las cámaras del circuito cerrado eran de una fecha antigua, correspondiente a 1970 y no estaban grabando.

En la ratificación del dictamen de la Fiscalía el perito dijo que, si Ángel hubiese recibido al inicio del cuadro clínico que presentó la pronta y debida atención médica, en un nosocomio que contara con personal especialista y el equipo necesario, el adolescente, con un alto grado de probabilidad, hubiese sanado sus lesiones.

Al respecto, se estima que los derechos de Ángel se vieron afectados por diversas circunstancias, las cuales se citan a continuación, mismas que impidieron pudiera acceder a la posibilidad de salvar su vida:

- La falta de reporte del personal del DIF ante la agresión que PSP3 le propinó.
- La omisión del personal médico de profundizar sobre las causas de malestar del adolescente.
- La omisión del personal médico de dar el seguimiento correspondiente para conocer su estado de salud.
- La indiferencia de PSP3 de comunicar los reportes que recibía sobre la continuidad de su malestar.
- La omisión de solicitar la atención médica oportuna, realizándolo de manera dilatoria causando, daños irreparables, como es la muerte.

Tomando en cuenta las consideraciones expuestas en el apartado que precede, esta Comisión arriba a las siguientes conclusiones.

- La agresión que recibió Ángel fue de manera intencional y deliberada por parte de PSP3, pues no se advierte situación que haga presumir siquiera de manera indiciaria que, dicha acción deviniera de una cuestión ajena a la voluntad de dicho funcionario.
- Existió omisión del personal de Fabriles que presencié dicha agresión en realizar el reporte correspondiente, para investigar la conducta de PSP3 y sobre todo que le permitiera al adolescente el acceso a la posibilidad de salvar su vida, mediante la atención médica pronta y adecuada.
- Negligencias por parte del personal médico de Fabriles, pues fueron omisos en indagar cuáles eran las causas del malestar que presentaba Ángel y tampoco le dieron seguimiento para conocer su estado de salud, de haberlo hecho, existe un alto grado de posibilidad que se hayan percatado del motivo real que afectaba su salud, y en consecuencia que accediera a la atención médica pronta y adecuada, que pudo haberle salvado la vida.
- Omisiones del personal de Fabriles en reportar directamente al personal médico el estado de Ángel, así como de PSP3 quien recibió dichos reportes y no los puso del conocimiento del personal médico, aunado a que siguió ocultando la verdad de los hechos, todo esto, de igual forma impidió que el adolescente accediera a la atención médica pronta y adecuada, lo cual, pudo haber salvado su vida.
- Se reitera, el ocultamiento de la verdad de los hechos por PSP3, en razón de que, sin justificación alguna, este se quedó en Fabriles durante la noche del ocho y madrugada del nueve de febrero, siendo que según su declaración su jornada laboral culminaba a las diecisiete horas, lo cual hace presumir, fundamente, que, existía la pretensión de seguir ocultando lo sucedido, y permaneció en el lugar a fin de mantener el control de la situación, dado que era el Coordinador del personal de Enfermería, y el resto de los enfermos le reportaban a él.
- Negligencia del DIF por no contar con personal médico en todo momento, dada la naturaleza de dicha institución, en la cual se alberga a niñas, niños y adolescentes que, en lo general, en muchos de estos converge la interseccionalidad de vulnerabilidades, de ahí que, se debe de contar las 24 horas con el personal médico general,

especializado y demás personal de la salud requerido para hacer frente a las necesidades que haya o puedan emerger.

- Dada la conducta desplegada por el Director de Atención al Menor y de las que se ha dado cuenta, se arriba a la conclusión de que existió la intención de dicho funcionario de ocultar los hechos acontecidos y, en consecuencia, las investigaciones y sanciones de las personas responsables.

Cabe agregar que, de la carpeta de investigación se advierten datos que hacen presumir, al menos de manera indiciaria, la participación de diverso personal en el ocultamiento del fallecimiento de Ángel:

- En la bitácora o control del turno matutino del nueve de febrero de dos mil veintidós, se asentó que Ángel estaba en el Hospital, aún y cuando para ese momento ya había fallecido.
- PSP32, entonces Coordinador Técnico, realizó acciones tendientes a la búsqueda de un médico externo al DIF.
- PSP65, entonces Coordinadora de Asistencia Social³¹⁸ fue quien se puso en contacto vía WhatsApp con la funeraria D6 y solicitó el servicio.
- PSP26, entonces Coordinador de Fabriles, al igual que PSP32 entonces Coordinador Técnico tuvieron conocimiento del fallecimiento de Ángel, y fueron omisos ante la falta de PSP4 y tampoco reportaron la muerte del adolescente a la autoridad competente, permitiendo, además, que un médico externo certificara la defunción y, en consecuencia, la cremación del cuerpo.

Por lo expuesto, se considera que, las acciones realizadas por diverso personal del DIF tendente al ocultamiento de lo sucedido el ocho y nueve de febrero de dos mil veintidós, en su conjunto constituyen un concierto de irregularidades, pues como se ha dado cuenta en la presente determinación, en resumen, sucedió lo siguiente:

- PSP3 agredió físicamente a Ángel;

318 Coordinación dependiente del DIF, según lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley de Asistencia Social.

- PSP3 no reportó la agresión que le había inferido al adolescente Ángel y, en consecuencia, impidió que tuviera acceso a la atención médica de urgencia requerida;
- El personal testigo que laboraba en ese momento en el DIF no denunció la agresión y, en consecuencia, impidieron que tuviera acceso a la atención médica de urgencia requerida;
- PSP10 y PSP20, le dieron a Ángel una atención similar o igual a cuando le daba una crisis;
- PSP10 y PSP20, fueron omisas en indagar los motivos del malestar de Ángel y, en consecuencia, impidieron que tuviera acceso a la atención médica de urgencia requerida;
- PSP3 no dio parte de los reportes que recibió sobre el malestar y decaimiento significativo en la salud de Ángel y, en consecuencia, impidió que tuviera acceso a la atención médica de urgencia requerida;
- La falta de personal médico de forma permanente impidió que Ángel tuviera acceso a la atención médica de urgencia requerida;
- Ángel falleció por consecuencia de las lesiones provocadas con la agresión que le infirió PSP3.
- PSP4 omitió reportar la muerte de Ángel a las autoridades competentes para que se investigara la misma;
- PSP32 colaboró en la búsqueda de un médico externo, en este caso PP4, quien emitiera el certificado de defunción de Ángel;
- PSP65 solicitó el servicio funerario;
- PSP26 y PSP32 fueron omisos ante la omisión de PSP4 y no denunciaron la muerte de Ángel a la autoridad competente para que investigara la misma y, en consecuencia, la cremación del cuerpo.

No pasa desapercibido que, con lo narrado, se vulneró el derecho humano al debido proceso, por indebida procuración de justicia, al haberse alterado la escena del crimen.

En efecto, la Corte IDH ha establecido que, de conformidad con la Convención Americana, los Estados están obligados a suministrar recursos judiciales efectivos a las víctimas de violaciones de los derechos humanos,³¹⁹ los cuales deben ser sustanciados de conformidad con las reglas del debido proceso legal,³²⁰ en el marco de la obligación general de garantizar el libre y pleno ejercicio de los derechos que tienen todas persona que se encuentren bajo su jurisdicción.³²¹

Asimismo, ha señalado que el derecho de acceso a la justicia debe asegurar, en tiempo razonable, el derecho de las presuntas víctimas o sus familiares a que se haga todo lo necesario para conocer la verdad de lo sucedido e investigar, juzgar y, en su caso, sancionar a los eventuales responsables.³²²

Dicho órgano jurisdiccional de carácter internacional ha establecido que la eficiente determinación de la verdad, en el marco de la obligación de investigar una muerte, debe mostrarse desde las primeras diligencias con toda acuciosidad.

Siguiendo el “Manual sobre la Prevención e Investigación Efectiva de Ejecuciones Extrajudiciales, Arbitrarias y Sumarias de Naciones Unidas”, conocido como Protocolo de Minnesota, la Corte IDH, en su jurisprudencia, ha sostenido que se deben realizar algunas diligencias mínimas e indispensables para la conservación de los elementos de prueba y evidencias que puedan contribuir al éxito de la investigación.³²³

Destaca que el correcto manejo de la escena del crimen es el punto de partida de la investigación y, por lo tanto, resulta determinante para esclarecer la naturaleza, circunstancias y características del delito, así como los participantes en tales hechos.

³¹⁹ Art. 25.

³²⁰ Art. 8.1.

³²¹ Art. 1.1.

³²² Corte IDH Caso Velásquez Paiz y Otros vs. Guatemala, sentencia de 19 de noviembre de 2015. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 142.

³²³ Ídem, párrafo 150.

De allí, que resulte importe la forma en que se actuó en el manejo y preservación de la escena del crimen, en las actividades a realizar en esta y en la recuperación y preservación de la evidencia.³²⁴

En el presente caso, el personal del DIF no cumplió con la obligación de conservar la escena de los hechos, puesto que el entonces Director de Atención al Menor, lejos de llamar a la autoridad competente para que iniciara, de manera inmediata, las investigaciones correspondientes con motivo del deceso de Ángel, ordenó la cremación de su cuerpo, a pesar de que ese proceder no estaba justificado porque:

- Si bien dicho adolescente tenía diversos padecimientos, ninguno de ellos era de tal magnitud para suponer que podía fenecer de un momento a otro;
- En segundo lugar, porque el médico PP5 le sugirió que se llevara a cabo la autopsia de ley, a lo que dicho servidor público contestó que lo vería con el médico, quién, finalmente, levantó el acta de defunción;
- Frente a este escenario, lo que se imponía era llevar a cabo la autopsia para que se aclarara contundentemente la causa de la muerte

En conclusión, la escena del crimen fue manipulada de manera dolosa y maliciosa por personal del DIF, pues lejos de proteger y preservar el lugar, hicieron lo contrario, lo cual denota el ánimo de obstaculizar el esclarecimiento del crimen y así encubrir a la persona del servicio público que con su actuar propició el deceso del adolescente, todo lo cual trasgrede el derecho de las víctimas a una debida procuración de justicia.

6. DECLARACIÓN DE QUE EL FALLECIMIENTO DE ÁNGEL MANUEL MORENO DEBE CALIFICARSE, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS DERECHOS HUMANOS, COMO PRIVACIÓN INTENCIONAL DE LA VIDA Y COMO UN CRIMEN DE ESTADO

Para esta Comisión ha quedado demostrado, más allá de toda duda razonable, que en el fallecimiento de Ángel no sólo concurrieron conductas culposas, negligentes, así como falta de cuidado, sino que también existieron actuaciones dolosas y maliciosas relacionadas directamente con la muerte de dicho adolescente y con comportamientos

³²⁴ Ídem, párrafo 152.

tendientes a ocultar de manera deliberada los hechos que le dieron origen, motivo por el cual este deceso se califica, desde el punto de vista de los derechos humanos, como una privación intencional de la vida y un crimen de Estado por las siguientes razones:

- Por la participación activa de agentes estatales: por ejemplo, de los entonces Director de Atención al Menor; Coordinadora de Asistencia Social y Encargado de Enfermería de Fabriles.
- Por la participación omisiva de agentes estatales: concretamente, del entonces Director General del DIF; Encargado de Fabriles; Coordinador Técnico; de la Procuradora; así como de las doctoras PSP10 y PSP20.
- Porque estos acontecimientos se verificaron en un lugar en el que, a las personas adolescentes e infantes se les debe proteger y cuidar, proveer de lo necesario para salvaguardar sus vidas, llevar a cabo todas las acciones tendientes a resguardar su estado físico, emocional y psicológico, así como procurar su máximo desarrollo.

Dicho de otra forma, estos eventos sucedieron en un espacio en el que las niñas, niños y adolescentes debieran sentirse y considerarlo como un lugar seguro, donde puedan desarrollarse de manera sana e integral; y no uno en el que podrían correr el riesgo de perder la vida.

- El Estado, en lugar de asumir un papel protector, pasó a convertirse en atacante, lo cual, al haberse realizado desde el poder político, mediante la utilización del aparato Estatal, dificultó la investigación de este crimen.
- Se trataron de ocultar reiteradamente las evidencias para esclarecer los hechos, como se advierte de la apresurada incineración del cuerpo de Ángel, lo que imposibilitó que se llevara a cabo la autopsia correspondiente para clarificar los hechos y darle efectividad material al derecho de acceso a la verdad.
- En lugar de transparentar abiertamente lo que realmente había sucedido, el aparato de poder, a través de uno de los órganos del Estado, como es el DIF, se desplegó para ocultar toda evidencia y tratar de generar impunidad en las personas responsables.

7. DECLARACIÓN DE LAS PERSONAS DEL SERVICIO PÚBLICO QUE ESTA COMISIÓN CONSIDERA VULNERARON LOS DERECHOS HUMANOS DE ÁNGEL MANUEL MORENO

En el presente apartado se hará la declaración del personal que estuvo involucrado directa o indirectamente en el fallecimiento de Ángel, pues se considera necesario no solo declarar de la responsabilidad institucional de la autoridad responsable, sino que se deben explicitar las personas del servicio público cuyas actuaciones contribuyeron, por acción u omisión, con intención o sin ella, o con su falta de profesionalismo, a que el adolescente falleciera.

En primer lugar, como es lógico, existe una responsabilidad del Estado de Nuevo León, a través del DIF, debido a que en lugar de proteger a Ángel se propició su fallecimiento, advirtiéndose prácticas altamente cuestionables:

- Desde el inicio, con el reclutamiento y selección del personal: pues nunca debió permitirse el ingreso de una persona que tuviera actitudes violentas con las niñas, niños y adolescentes, como el entonces Encargado de Enfermería de Fabriles o de otra persona que no tuviera la sensibilidad para atender un asunto tan delicado como el fallecimiento de un adolescente y, por el contrario, con total falta de escrúpulos tratara de ocultar intencionalmente los hechos, como el entonces Director de Atención al Menor.
- Durante la estancia de Ángel en Capullos y Fabriles:
 - Por haberlo trasladado de manera ilegal e indebida de Capullos a Fabriles, al no existir una determinación debidamente fundada y motivada en la que se explicitara, de manera reforzada, ese proceder;
 - Por no haber hecho una ponderación razonada para determinar cuáles podrían ser los beneficios y los perjuicios de ese traslado y, en su caso, cuál de ellos tenía mayor peso específico a la luz del interés superior del adolescente, teniendo en cuenta las situaciones concretas que, en esos momentos, vivía;
 - Dado que Fabriles es un Centro de Atención Integral para niñas, niños y adolescentes Migrantes, el DIF debió cumplir con mayor intensidad con los

principios de racionalidad y razonabilidad, en virtud de que Ángel no estaba en situación de migración;

- No se advierte que se haya llevado a cabo un escrutinio estricto que tuviera por objeto evaluar y tomar la decisión que mejor repercutiera en la vida Ángel; y,
- Por la omisión de no haber escuchado a Ángel y, por ende, por no haber tomado en cuenta su opinión, a pesar de contar con catorce años.
- La omisión de cumplir con el enfoque diferenciado y especializado respecto de una persona perteneciente a un grupo que, dadas sus condiciones, está expuesto a un mayor riesgo de que se vulneraran sus derechos humanos, por su minoría de edad, sus diferentes situaciones de discapacidad y por tratarse de un adolescente institucionalizado; y, por,
- La omisión de adoptar las medidas pertinentes y necesarias que atendieran a sus particularidades y grados de vulnerabilidad.
- Durante los días ocho y nueve de febrero de dos mil veintidós:
 - Por la omisión de las doctoras PSP10 y PSP20 de tratar de manera oportuna, diligente, adecuada y con profesionalismo a Ángel, pues de haberlo hecho es probable que se hubiese salvado su vida y no hubiera fallecido;
 - Por la omisión de la Procuradora, porque a pesar de que existe evidencia contundente de que la institución a su cargo tuvo conocimiento del fallecimiento de Ángel, no se advierte que haya realizado ninguna sola actuación sobre el particular; inacción que resulta trascendente, porque revela la intención de los agentes estatales y de los órganos del Estado de ocultar ese suceso;
 - Por la destacada y relevante conducta omisiva del entonces Director General del DIF, porque tenía a su cargo dicho organismo y, por tanto, era responsable de las fallas graves cometidas en la institución que estaba bajo su titularidad cuando sucedieron los hechos.

En efecto, al recaer en él la conducción de esa dependencia, tenía la obligación de garantizar su debido funcionamiento, como se advierte:

- Del artículo 15o. de la Ley de Asistencia Social, el cual señala que la Dirección General es uno de los órganos superiores de Gobierno del DIF;³²⁵
- De las funciones y atribuciones que expresamente tenía asignadas en el artículo 24o. de la Ley de Asistencia Social³²⁶ y 27 del Reglamento Interior del DIF;³²⁷ y, sobre todo,
- Del contenido del artículo 28 del citado Reglamento, en el que se establecen como parte de sus obligaciones: supervisar que las personas del servicio público adscritas a las Unidades Administrativas cumplan con las disposiciones de dicho Reglamento y demás disposiciones administrativas y de control; y asentar en actas administrativas los actos y omisiones que, en el ejercicio de sus funciones, se lleguen a advertir y puedan ser causa de rescisión de la relación laboral o de responsabilidad administrativa,³²⁸ que es lo que doctrinariamente se conoce como responsabilidad in vigilando.

³²⁵ Los otros órganos superiores de Gobierno del DIF son: el Patronato, la Junta y el Comisariado.

³²⁶ “Artículo 24o. El Director General del Organismo cumplirá con las siguientes funciones:

- I.- Ejecutar los acuerdos y disposiciones de la Junta de Gobierno;
- II. Someter a conocimiento y aprobación de la Junta de Gobierno los planes de labores, informes de actividades, presupuestos y estados financieros anuales del Organismo;
- III- Presentar a la Junta de Gobierno los informes y estados financieros bimestrales, anexando a ellos los comentarios que estime pertinentes a los reportes, informes y recomendaciones que al efecto formule el comisario y el auditor externo;
- IV. Proponer a la Junta de Gobierno la designación y remoción de los trabajadores de confianza, así como designar y remover libremente a los demás trabajadores del Organismo;
- V. Llevar las relaciones laborales de acuerdo con las disposiciones legales aplicables;
- VI. Planear, dirigir y controlar el funcionamiento del Organismo con sujeción a las instrucciones de la Junta de Gobierno;
- VII. Celebrar convenios, contratos y actos jurídicos que sean indispensables para el cumplimiento de los objetivos del Organismo;
- VIII. Actuar como apoderado del Organismo con facultades generales de administración, pleitos y cobranzas, así como aquellas que requieran cláusula especial conforme a la Ley;
- IX. Las demás que sean necesarias para el desempeño de las anteriores o aquellas que le sean delegadas por la junta de gobierno.”

³²⁷ Publicado en el POE número 79, el 08 de junio de 2022, es decir, ya durante la administración del actual Gobernador Constitucional del Estado de Nuevo León, Samuel Alejandro García Sepúlveda.

³²⁸ “Artículo 28. La persona titular de la Dirección General, las personas titulares de las Procuradurías y las personas titulares de las unidades administrativas supervisarán que las personas servidoras públicas adscritas a sus respectivas unidades cumplan con las disposiciones de este Reglamento Interior y demás disposiciones

Sin duda, cuando a nivel institucional se toman acciones que violentan gravemente los derechos humanos porque no se cumplen con los deberes de respetar, proteger y garantizar estos, el responsable de tales afectaciones también es el alto servidor público que dirige el organismo, institución o dependencia, haya participado o no directamente, porque:

- Le corresponde establecer las políticas públicas a seguir, las directrices administrativas y de funcionamiento a cumplir, la priorización en la atención de los asuntos, así como la forma en que se va a desenvolver esa entidad, siendo, por tal motivo responsables de su funcionamiento general y particular;
- Son causantes de los éxitos, pero también de los errores fatales, destacadamente de las violaciones graves de los derechos humanos que cometan las personas del servicio público con las que mantienen una relación de supra a subordinación;
- Los aciertos serán suyos, pero también los errores, sin que puedan aceptar unos y deslindarse de los otros.

Debe tenerse presente que la toma de protesta del cargo es inmanente a la responsabilidad en el desempeño de la institución a su cargo, pues este es el sentido de protestar guardar y hacer guardar la Constitución Federal y las leyes que de ella emanen.³²⁹

En un Estado Constitucional y Democrático de Derecho no se debe diluir la responsabilidad de las personas que ostentan altos cargos, porque ello implicaría vaciar de contenido los derechos humanos, la rendición de cuentas y se abriría la puerta para propiciar la impunidad, con lo que se incumplirían las obligaciones asumidas por el Estado Mexicano con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Además, esto le restaría significado e importancia a la protesta que deben rendir las personas del servicio público cuando asumen sus cargos, pues este acto conlleva

administrativas y de control implementadas en el Organismo; debiendo asentar en actas administrativas, los actos u omisiones que en ejercicio de sus funciones llegare a advertir y pueda ser causal de rescisión de la relación laboral, o responsabilidad administrativa de conformidad con la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado Nuevo León.”

³²⁹ Art. 128 de la Constitución Federal y 193 la Constitución Local.

aceptar la responsabilidad y los riesgos que la función trae aparejada, de modo que, a partir de ese momento, son exigibles el debido cumplimiento de todos los deberes y obligaciones inherentes al cargo, siendo responsables de las consecuencias que se deriven por las acciones u omisiones institucionales.

Por ello, quienes ostentan altos cargos están obligados a identificar una agenda de riesgos, así como emitir políticas públicas e instrucciones para reducirlos al máximo, deber que no es optativo porque el Orden Jurídico Nacional establece las obligaciones y deberes que deben de cumplir las personas del servicio público que dirigen una institución, entre las que figura, de manera destacada, el deber de prevenir, proteger, respetar y defender los derechos humanos, de manera especial, de aquellas personas que forman parte de los grupos de atención prioritaria.

La Constitución Federal y la Constitución Local parten de la idea de que cuando una persona es designada para ejercer un cargo público, cumple con los requisitos de capacidad, conocimiento, eficacia, eficiencia, profesionalismo, excelencia, independencia, autonomía, imparcialidad y objetividad.

En ningún momento puede partirse de la idea de personas del servicio público sin preparación que lleguen a aprender y a enterarse de cuáles son sus responsabilidades, ya que, si desde el primer día disfrutan de los beneficios del cargo que ostentan, a partir de ese instante asumen la responsabilidad del organismo, dependencia o entidad que dirigen.

El hecho de que sean asignadas facultades específicas a diversas personas del servicio público de distintos niveles no significa, de manera alguna, que se delegue la responsabilidad del titular de la institución hasta convertirla en irresponsabilidad.

La responsabilidad del Estado por violaciones graves a derechos humanos no puede desaparecer en un mar de formalismos mediante los cuales, al final del día, nadie sea responsable o lo sean sólo los niveles inferiores de la cadena de mando.

Un Estado Constitucional y Democrático de Derecho es un Estado responsable y éste sólo puede ser viable con personas del servicio público que asuman a cabalidad el compromiso de las instituciones que se encuentran a su cargo.

Las gravísimas acciones y omisiones que se detallan en esta Recomendación llevan a esta Comisión a determinar la vinculación entre las violaciones graves a los derechos humanos de las que se ha dado cuenta y la delicada conducta omisiva de PSP55, entonces Director General del DIF, al haber incurrido en culpa in vigilando, así como al no haber realizado las gestiones necesarias para evitar esta tragedia, transparentar lo sucedido y cumplir con la obligación inherente que se desprende de su cargo, de llevar a cabo las acciones tendentes a cuidar la integridad y la vida de las niñas, niños y adolescentes, particularmente, de Ángel.³³⁰

No hay forma alguna de reparar un hecho lamentable como la muerte de un ser humano, pues esta pérdida es irremediable; y la afectación para la hermana de Ángel es de tal magnitud que es lógico y razonable suponer que difícilmente podrá recobrar una vida normal debido a la gravedad de los daños emocionales, psicológicos y espirituales que resintió sentimentamente con motivo del fallecimiento de su hermano.

Vale la pena aclarar que el personal mencionado en este apartado no es exhaustivo, por lo que las autoridades competentes³³¹ deberán deslindar las responsabilidades de todas las personas que participaron vía acción u omisión.³³²

8. DECLARACIÓN DE GRAVES VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS PERPETRADAS EN CONTRA DE ÁNGEL MANUEL MORENO Y SU HERMANA

En el presente caso se actualizan los supuestos de violaciones graves a los derechos humanos establecidos en los estándares internacionales y nacionales.

³³⁰ Las consideraciones vertidas en torno al entonces Director General del DIF se basan, fundamentalmente, en el proyecto elaborado por el Ministro Arturo Zaldívar Lelo de Larrea, elaborado con motivo de la Facultad de Investigación 1/2009, concretamente, de la página 253 a 256, visible en la siguiente página de internet:

<https://arturozaldivar.com/wp-content/uploads/2019/06/FacultadDeInvestigacion-1-2009V1.pdf>

(Consulta el veintidós de mayo de dos mil veintitrés).

³³¹ Como, por ejemplo, la Fiscalía, las autoridades judiciales del fuero común y federal, el Órgano Interno de Control o la Secretaría de la Contraloría del Estado.

³³² Administrativas, civiles, penales o de cualquier otra índole.

A nivel internacional, la Corte IDH³³³ ha establecido tres criterios para la calificación de violaciones graves:

- Que haya multiplicidad de violaciones en el evento;
- Que la magnitud de las violaciones esté relacionada con el tipo de derechos humanos violentados; y,
- Que haya una participación importante de Estado, ya sea en vía de acción o de omisión.

En tanto que, en el ámbito nacional, la SCJN³³⁴ ha fijado un doble parámetro sobre la base de que se compruebe la trascendencia social de las violaciones:

- La gravedad de los tipos de violaciones cometidas.³³⁵
- Y la cantidad de personas afectadas por la actuación de la autoridad,³³⁶ aunque no hay una exigencia de un número mínimo de personas agraviadas.

Así, al analizar las circunstancias del caso, se considera que se actualizan los elementos señalados en atención a los siguiente:

En efecto, la sola privación de la vida de Ángel, como consecuencia del golpe que recibió en su estómago, por parte del entonces Encargado de la Enfermería de Fabriles, es suficiente para clasificar estos hechos como violaciones graves a los derechos humanos, dada las circunstancias específicas de las que se ha dado cuenta a lo largo de la presente determinación, destacadamente, porque ese maltrato fue deliberadamente infligido, no habiendo sido producto de una conducta imprudente, accidental, ni resultado de un caso fortuito.

³³³ En el párrafo 139 de la sentencia emitida en el caso “Rosendo Radilla vs. México”.

³³⁴ En la tesis 1a. XI/2012 (10a.), de rubro “VIOLACIONES GRAVES A DERECHOS HUMANOS. SU CONCEPTO PARA EFECTOS DEL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LA AVERIGUACION PREVIA QUE LAS INVESTIGA.”, emitida por la Primera Sala de la SCJN, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro V, febrero de 2012, Tomo 1, p. 667, Décima Época, registro digital 2000296.

³³⁵ Criterio cualitativo.

³³⁶ Criterio cuantitativo.

Adicionalmente, debe destacarse la negligencia, así como la falta de cuidado y de profesionalismo en la atención médica que recibió por parte del personal del DIF.

Y si a eso se le añade la profunda afectación producida a su hermana, resulta claro para esta Comisión la importancia de clasificar la situación acontecida como una gravísima vulneración a los derechos humanos, lo que se agudiza porque se trata de una persona en la que concurrían diversas situaciones de vulnerabilidad como su minoría de edad y sus distintas condiciones de discapacidad.

9. RECONOCIMIENTO DE VÍCTIMAS

Se reconoce a Ángel Manuel Moreno la calidad de víctima directa debido a que su fallecimiento es imputable a diferentes personas del servicio público del DIF, con diferentes grados de responsabilidad, en algunos casos de manera directa y en otros tantos de forma indirecta, ya que las conductas desplegadas, en ocasiones activas y en otras omisivas, trajeron como consecuencia una serie de eventos desafortunados que culminaron con su trágica muerte, que, por sus diversas situaciones de discapacidad, se encontraba en alto grado de vulnerabilidad y cuyo margen para poder evitar esos lamentables hechos era prácticamente nulo, dadas sus condiciones particulares, como su minoría de edad y los padecimientos que sufría, así como por la ausencia de redes de apoyo, al carecer de familiares cercanos, pues su hermana, quién era su único familiar, se encontraba internada en Capullos, amén de que Ángel se encontraba en una relación de asimetría con el personal del DIF, pues estos últimos estaban situados en un plano de superioridad frente al adolescente, reduciéndose sustancialmente su capacidad para reaccionar, defenderse u oponer algún tipo de resistencia, derivado del temor fundado de sufrir represalias que pudieran configurar mayores y más graves violaciones a sus derechos, desde una agresión física hasta la pérdida de la vida, como finalmente sucedió.

Todo lo cual pone de manifiesto la falta de cuidado, de debida diligencia y de profesionalismo del personal del DIF, así como la actitud manifiestamente negligente, maliciosa y dolosa de dicho personal, pues respecto de ciertas personas del servicio público se advierte la deliberada intención de causarle daño:

- Como fue el caso del enfermero que lo golpeó en el abdomen, lo cual implica un abuso de la autoridad del puesto que entonces detentaba, como Encargado de Enfermería de

Fabriles, aprovechándose de su situación de poder frente al adolescente para someterlo; o, por ejemplo,

- Cuando diverso personal, como el entonces Director de Atención al Menor, de manera intencional, quiso ocultar lo que realmente había acontecido, habiendo obstaculizado la investigación que pudo aclarar con mayor puntualidad y prontitud lo acaecido.

Paralelamente, también se reconoce como víctimas directas a los adolescentes V1, V2 y V3, debido a los malos tratos que recibieron por el personal del DIF, previo a la “riña” y posterior a la actuación de los policías municipales, así como al ilegal e indebido traslado de que fueron objeto, al haber sido sustraídos de un ambiente conocido por ellos y en el que normalmente se desenvolvían,³³⁷ para ser remitidos a otros lugares, con lo que el DIF incumplió con su rol de cuidado.

Si de por sí las niñas, niños y adolescentes carecen de figuras de afecto exclusivas y estables, con estos traslados lo que se propició fue exponer a estos adolescentes a cuidadores rotativos, lo que trae como consecuencia inestabilidad y disrupciones constantes en sus vínculos afectivos, lo que dificulta, al mismo tiempo, una atención personalizada y propicia la incapacidad de percibir las necesidades específicas para que sean debidamente atendidos.

Finalmente, se reconoce como víctimas indirectas a V4 y V5, por ser las personas que resintieron el no poder convivir con Ángel y V2, respectivamente, siendo en ambos casos, los únicos vínculos de afecto cercano para con los adolescentes, por lo cual, indudablemente se vulneró su derecho a vivir en familia, además, en el caso de V4 es también a quien le dolió sentidamente el fallecimiento de su hermano.

Lo expuesto en este apartado, dadas las manifiestas violaciones a los siguientes derechos humanos: a la vida; a que las personas³³⁸ no sean privadas de esta; a una vida libre de violencia; a preservar su integridad; al trato humano; al interés superior de la adolescencia; a vivir en condiciones de bienestar; a un sano desarrollo integral; a vivir en familia; a la

³³⁷ Como era Capullos.

³³⁸ En lo general y, especialmente, las personas infantiles y adolescentes.

salud; al acceso a la verdad; a la legalidad; a la dignidad; y a los diversos derechos que tienen las personas en situaciones de discapacidad.

Por tal motivo, el DIF deberá colaborar en todo lo necesario con la CEEAV, de conformidad con lo previsto en las fracciones XXVII y XXVIII del artículo 4 de la Ley de Víctimas.

10. REPARACIÓN INTEGRAL

Las víctimas tienen derecho a obtener la reparación integral del daño como consecuencia de las graves violaciones a los derechos humanos que sufrieron, comprendiendo, como parte de esta, las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y no repetición.

Estas medidas deben ser implementadas a favor de las víctimas directas e indirectas, teniendo en cuenta la gravedad, magnitud, circunstancias y características de los hechos victimizantes.

En concreto, la reparación del daño tiene como finalidad resarcir a las víctimas por las acciones u omisiones de la autoridad responsable, por haberse apartado de la normatividad nacional e internacional aplicable, debido a la vulneración a los derechos humanos de los adolescentes reconocidos como víctimas, atento a lo dispuesto en los artículos 41, 42 y 43 de la Ley de Víctimas y a los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”.³³⁹

En ese mismo sentido, la Primera Sala de la SCJN en la tesis de rubro “DERECHO FUNDAMENTAL A UNA REPARACIÓN INTEGRAL O JUSTA INDEMNIZACIÓN. SU CONCEPTO Y ALCANCE.”, determinó que la reparación debe ser adecuada al daño sufrido para generar un resarcimiento apropiado.³⁴⁰

³³⁹ Consultable en la siguiente liga de internet:

<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/basic-principles-and-guidelines-right-remedy-and-reparation>

³⁴⁰ Jurisprudencia 1a./J. 31/2017 (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 41, abril de 2017, Tomo I, página 752, registro digital 2014098.

Particularmente, V4 ha sufrido un dolor profundo por el fallecimiento de su hermano Ángel, debido a las circunstancias en que sucedieron los hechos; sentimientos y emociones respecto de los cuales existe un alto grado de probabilidad de que se hayan elevado exponencialmente al no contar, debido a su minoría de edad, con la madurez y experiencia de vida suficiente para procesar emociones difíciles como la pérdida de un familiar tan cercano.

En atención a lo expuesto, esta Comisión establece, como parte de la reparación integral, las siguientes medidas:

10.1. Restitución

Las medidas de restitución buscan devolver a las víctimas a la situación anterior a la violación de sus derechos humanos y ésta se debe llevar a cabo siempre que sea posible, en atención a lo previsto en la fracción I del artículo 43 de la Ley de Víctimas.

En el caso que nos ocupa, esto no es posible, porque el fallecimiento de Ángel es irremediable e irreparable y este terrible suceso ha generado una onda expansiva que ha producido afectaciones de mayor calado, por ejemplo:

- A V4, dada la aflicción emocional, psicológica y espiritual que ha sufrido con motivo del deceso de su querido hermano;
- A las personas infantiles y adolescentes que se encuentran en los Centros de Atención Integral a niñas, niños y adolescentes del DIF, por la incertidumbre que les puede generar que una situación similar también les suceda;
- A las familias que, por alguna razón tienen a sus hijos en algún Centro de Atención Integral a niñas, niños y adolescentes del DIF, por el temor fundado de que un hecho parecido pueda repetirse; y,
- A la sociedad neolonesa en lo general, por el enorme impacto que ha tenido este caso, la indignación que ha causado y la pérdida de confianza en una institución pública como es el DIF.

En tales condiciones, lo que procede es reforzar los restantes apartados que conforman la restitución integral, como la compensación, la rehabilitación, la satisfacción y las medidas de no repetición.

10.2. Compensación

Teniendo en cuenta la gravedad de los hechos analizados que trajeron, entre otras consecuencias, el fallecimiento de un ser humano de catorce años, debido al actuar doloso, negligente y malicioso del personal del DIF, así como las múltiples y continuas violaciones a los derechos humanos a personas pertenecientes a un grupo de atención prioritaria, como las personas adolescentes con vulnerabilidades interseccionales, dada su minoría de edad y estado de salud, esta Comisión considera que, como parte del resarcimiento del daño causado, el DIF debe compensar económicamente a V4, en su calidad de hermana de Ángel.

Por tal motivo, tan pronto cause firmeza la presente Recomendación, de manera inmediata y oficiosa, la persona titular de la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de la Comisión deberá aperturar el Incidente para determinar el Monto de la Compensación Económica, en la forma y términos previstos en el Acuerdo General que regula este tema.³⁴¹

Una vez substanciado el procedimiento incidental correspondiente y elaborado el proyecto a través del cual se determine ese monto compensatorio, este se elevará a la consideración de la Presidenta de la Comisión para que, de así considerarlo procedente, proceda a su aprobación.

La determinación que fije el monto de la compensación formará parte integral de la presente Recomendación y, por tal motivo, podrá ser controvertida a través del recurso de impugnación,³⁴² dentro del plazo de treinta días naturales, contados a partir del siguiente a la fecha en que tenga conocimiento de esta resolución, el cual podrá presentar directamente ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos³⁴³ o, en su caso, por

³⁴¹ Para estar en posibilidad de cuantificar el monto de dicha compensación.

³⁴² En atención del principio general de derecho que señala que lo accesorio sigue la suerte de lo principal.

³⁴³ Ubicada en Periférico Sur 3469, Col. San Jerónimo Lídice, Delegación Magdalena Contreras, Ciudad de México, C.P. 10200, con teléfonos de contacto 555 681 8125 y 8007152000, así como en la página:

<https://www.cndh.org.mx/>

escrito ante esta Comisión en su domicilio oficial,³⁴⁴ acorde a lo establecido en los artículos 55, 58, 59, 60 y 61 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Nuevo León.

En el entendido de que la compensación deberá contemplar al menos los daños material e inmaterial causados.

En este incidente, la Comisión deberá determinar la cantidad específica que le corresponderá a V4, teniendo en cuenta los hechos victimizantes, las circunstancias concretas y específicas de estos, así como de la víctimas directa e indirecta.

En el entendido de que el DIF deberá pagar inmediatamente y en un solo acto, por concepto de compensación, el quantum que se determine en vía incidental, como parte de la reparación del daño, en términos de los artículos 42 y 43, fracción II, de la Ley de Víctimas.

Dado el fallecimiento de Ángel, el monto de la compensación deberá destinarse a su hermana V4, para lo cual la responsable deberá aperturar una cuenta bancaria a su nombre en la que deberá depositar, en una exhibición e inmediatamente después de que cause firmeza la presente resolución, la cantidad que sea fijada en el incidente a que se ha hecho alusión.

Dicha cantidad, dada su actual minoría edad, deberá ser administrada y fiscalizada por quien ejerza la representación legal de V4, con un tutor que sea designado judicialmente.³⁴⁵

Para tal efecto, el Ministerio Público, en términos de la fracción V del artículo 914 del Código de Procedimientos Civiles del Estado de Nuevo León deberá tramitar ante la autoridad jurisdiccional competente, el procedimiento respectivo, para que una vez substanciado se declare su minoría de edad y se le designe un tutor, para garantizar la buena administración de esa compensación económica y que tales recursos no se

³⁴⁴ Ubicado en Avenida Cuauhtémoc número 335 Norte, Colonia Centro, en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, código postal 64000, entre las Calles de Albino Espinosa y M. M. de Llano.

³⁴⁵ En términos de los artículos 449, 450 y 454 del Código Civil del Estado de Nuevo León, así como de los artículos 914, 915, 918, 924, 925 y 926 del Código de Procedimientos Civiles del Estado de Nuevo León; y demás preceptos normativos que sean aplicables de los ordenamientos legales mencionados.

dilapiden hasta en tanto V4 cumpla su mayoría de edad, pues llegado ese momento, dicha persona estará en plena facultad para administrarlos por sí misma.

En caso de que los intereses de V4 se opongan a los del tutor, se deberá designar un curador, con la finalidad de vigilar la conducta de aquel y poner en conocimiento de la autoridad judicial todo aquello que pudiera ser dañoso para esta adolescente.

Debido a ello, deberá remitirse, mediante oficio, copia certificada de la presente determinación a la Fiscalía General de Justicia del Estado, para que designe a la persona del servicio público que deberá llevar a cabo el trámite mencionado.

Finalmente, debe indicarse que la autoridad responsable no podrá alegar, válidamente, la no aceptación de la presente Recomendación o el punto recomendatorio que derive de este apartado, hasta en tanto se fije el monto correspondiente, dado que para eso se tramitará el incidente respectivo, en el cual se le respetará su garantía de audiencia, debiendo tomar en cuenta que el monto se fijará teniendo en cuenta, estrictamente, lo que en justicia le corresponde a V4, conforme a los parámetros nacionales e internacionales de la materia.

10.3. Rehabilitación

Las medidas de rehabilitación buscan facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por las violaciones a los derechos humanos, como se advierte de la fracción III del artículo 43 de la Ley de Víctimas.

10.3.1. Atención y tratamiento médico, psicológico y/o psiquiátrico para V4, hermana de Ángel Manuel Moreno; para las víctimas directas V2 y V3; así como para la víctima indirecta V5

Dado que Ángel falleció, la consecuencia lógica es que su hermana V4 viva, haya vivido o se encuentre viviendo una etapa de duelo:

- Dado su parentesco;
- Por ser una persona significativa, debido a la relación cercana que tenían ambos;

- Por ser el único familiar que tenía el adolescente fallecido y, por ende, de las pocas personas de su entorno con la que tenía vínculos solidarios y emocionales;
- Por haber sufrido las consecuencias de los hechos descritos, como, por ejemplo:
 - Haberla enterado de manera repentina e imprevisible de su fallecimiento, cuando no esperaba que sucediera, ya que Ángel no padecía ninguna enfermedad o padecimiento que, predeciblemente, le hiciera suponer que pudiera fenecer de un momento a otro;
 - Por haberse velado el cuerpo de su hermano en muy breve tiempo, sin darle oportunidad a procesar tan impactante suceso; y,
 - Por no haber tenido en cuenta su opinión en aspectos relevantes, por ejemplo, sobre la forma y lugar en que se tenía que velar el cuerpo o el destino que se le debían dar a sus restos mortales.
- Por el menoscabo relevante a su interés superior, dado que estos hechos tendrán un impacto relevante, perpetuo y dejarán una huella imborrable en su vida.

Debe considerarse que el duelo es una reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción que se produce ante ese tipo de situaciones. Así, la supervisión de la manera en que a nivel familiar e individual se vive un duelo es fundamental, ya que existen conductas que son esperables después de una pérdida y otras que se encuentran desbordadas y recurren a conductas desadaptativas o que persisten en el tiempo.³⁴⁶

Por eso, las personas que se encuentran en esa situación requieren asistencia psicológica para transitar esa etapa y poder volver a un sano equilibrio en los distintos órdenes de su vida.

Por tanto, en un plazo no mayor a treinta días naturales, el DIF deberá poner a disposición de V4, de manera gratuita, la atención y el tratamiento psicológico que requiera o que pudiera necesitar en el futuro, con motivo de los hechos narrados en esta Recomendación,

³⁴⁶ Dávalos, E. G. M., García, S., Gómez, A. T., Castillo, L., Suárez, S. S., & Silva, B. M. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*, 13(1), 28-31.

previo consentimiento de la persona que tenga la representación legal de la adolescente y teniendo en cuenta su opinión.

Asimismo, dicha atención psicológica deberá ofrecerse, en la forma y términos descritos, a V2, V3 y V5, con motivo de las posibles secuelas psicológicas producidas y derivadas del incidente de “riña” y su indebido traslado a otros lugares.

En la inteligencia de que, si alguna de estas víctimas ya no reside en el Estado, el DIF deberá hacerse cargo de los gastos médicos, psicológicos o psiquiátricos que requieren, porque sería una carga indebida y desorbitada obligar a esas personas a que se trasladen a esta Entidad Federativa para llevar a cabo su sanación emocional, psicológica y mental.

En los cuatro casos, deberá realizarse un monitoreo continuo, para que, en el supuesto de que con el transcurso del tiempo presenten afectaciones psicológicas, sigan siendo atendidos por los especialistas en la materia, con cargo de la autoridad responsable, aún para el caso de que se llegase a concretar una adopción respecto de estas personas.

Para acreditar el cumplimiento de esta medida, la autoridad responsable deberá oficializar su compromiso de garantizar el acceso a la atención médica, psicológica y/o psiquiátrica que requieran V2, V3, V4 y V5 y remitir informes periódicos de monitoreo a esta Comisión, por al menos los siguientes dos años.

10.4. Satisfacción

La satisfacción busca reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas, como lo prevé la fracción IV del artículo 43 de la Ley de Víctimas. Por tal motivo, se emiten las siguientes medidas de satisfacción:

10.4.1. Disculpa pública, que deberá incluir, al menos, el reconocimiento de que Ángel Manuel Moreno fue privado de la vida de manera intencional; que su deceso debe considerarse como un crimen de Estado; y el reconocimiento de las graves violaciones a los derechos humanos perpetradas por personal del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León

En un plazo no mayor a seis meses, la persona titular del DIF deberá pedir disculpas públicas a Ángel Manuel Moreno, a su hermana, a las niñas, niños y adolescentes que se encuentran bajo el cuidado del DIF, a la sociedad neolonesa y a la sociedad mexicana.

En este acto público, deberá disculparse a nombre de este organismo y del Estado de Nuevo León, reconociendo, al menos:

- La realización de los hechos acreditados en esta Recomendación;
- Que Ángel fue privado de la vida de manera intencional, como consecuencia de las acciones y omisiones de diversos agentes estatales;
- Que, debido a ello, su deceso debe catalogarse como un crimen de Estado; y, finalmente;
- La existencia de las graves vulneraciones a los derechos humanos que se han detallado.

Lo anterior, en desagravio de las víctimas y para satisfacción del único familiar que le queda a Ángel, que es precisamente su hermana V4.

En dicho acto se deberá contar con la presencia de las personas titulares:

- De las siguientes Secretarías Estatales: de Salud; General de Gobierno; de Finanzas y Tesorería General; de Educación; y del Trabajo;
- De la Fiscalía General de Justicia del Estado; y
- De las Delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Todas por ser integrantes de la Junta de Gobierno del DIF, como se desprende del artículo 19o. de la Ley de Asistencia Social.

Incluido, necesariamente, el Doctor Samuel Alejandro García Sepúlveda, Gobernador Constitucional del Estado de Nuevo León:

- En su carácter de integrante y presidente de la Junta de Gobierno del Sistema para Desarrollo Integral de la Familia del Estado;³⁴⁷

³⁴⁷ Como se advierte del art. 19o. de la Ley de Asistencia Social.

- Como Presidente del Sistema Estatal de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes;³⁴⁸ y,
- Por ser quien designó al entonces Director General del DIF,³⁴⁹ por lo que si bien no se le puede atribuir el carácter de autoridad responsable, por no haber sido sujetado a este procedimiento, sí se le puede hacer un reproche ético y moral por haber designado a una persona que no contaba con la capacidad, experiencia ni conocimientos para dirigir a una institución que trata diariamente con personas infantiles y adolescentes, en detrimento de sus importantes derechos.³⁵⁰

También deberán estar presentes los integrantes del Patronato del DIF,³⁵¹ así como la persona titular del Comisariado,³⁵² por ser órganos superiores de gobierno del DIF; y V4, si es aquí así lo desea, acompañada de su representante legal, si aún no cumple la mayoría de edad.

En el entendido de que la responsable deberá citar a los medios de comunicación masiva que tengan mayor alcance, tanto a nivel local, nacional e internacional, para difundir dicho acto, lo que también deberá hacer, al menos, en radio, televisión y redes sociales como Facebook, Twitter e Instagram.

Asimismo, se deberá publicar en la página oficial de la autoridad responsable, la presente determinación para que las personas gobernadas que residen y transitan en el Estado, tengan conocimiento de esta, para su fácil y pronta divulgación.

10.4.2. Memoriales

Es necesario que el Estado levante dos monumentos en memoria de Ángel Manuel Moreno, por haber sido víctima de un crimen de Estado, dado que su fallecimiento se

³⁴⁸ Como se advierte de lo dispuesto en el primer párrafo del artículo 151 de la Ley de “NNA” de NL.

³⁴⁹ Facultad que le corresponde en términos del artículo 26 del Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León.

³⁵⁰ Con lo que pudo haber incurrido en culpa in diligendo.

³⁵¹ Cuyos nombres y domicilios deberán ser proporcionados por la Encargada del DIF a esta Comisión para hacerles saber la presente Recomendación.

³⁵² Cuyo nombre y domicilio deberá ser proporcionado por la Encargada del DIF a esta Comisión para hacerle saber la presente Recomendación.

considera, desde el punto de vista de los derechos humanos, como una privación intencional de la vida que no tenía por qué suceder.

Ello, como forma de dignificarlo a él, a su hermana y a las niñas, niños y adolescentes que se encuentran en los Centros de Atención Integral a cargo del DIF, como recuerdo del contexto de violencia que padeció y que el Estado de Nuevo León se compromete a evitar en el futuro.

Los monumentos se develarán en dos fechas distintas y deberán ser construidos en los siguientes lugares:

- El principal y más grande de ellos en un parque público al que se le deberá asignar el nombre de **“Ángel Manuel Moreno”**, el cual deberá contener la siguiente leyenda:

“En memoria de Ángel Manuel Moreno, quien perdió la vida el 09 de febrero de 2022, a los catorce años, como consecuencia de diversas acciones y omisiones del personal del DIF Nuevo León.

Este recuerdo deberá permanecer imborrable en la sociedad neolonesa para que no se vuelvan a cometer actos similares en contra de alguna niña, niño o adolescente que se encuentre bajo el cuidado y tutela del Estado y para que no se repitan graves violaciones a sus derechos humanos”

- Y el otro, en la sede principal del DIF, el cual deberá contener la siguiente leyenda:

“Quien salva una vida es como si salvara a toda la humanidad. Quien mata a un ser humano es como si matara a toda la humanidad.

Este monumento se levanta en memoria de Ángel Manuel Moreno, como recuerdo indeleble de su lamentable fallecimiento en el DIF Fabriles, para que no se vuelvan a cometer violaciones graves a los derechos humanos en contra de las niñas, niños y adolescentes que se encuentran bajo el cuidado y tutela del Estado de Nuevo León.

Sirva también, como recuerdo, para que las personas del servicio público del DIF Nuevo León tengan siempre presente las funciones vitales que desarrollan en pro de las infancias y adolescencias y cómo sus conductas pueden traer consecuencias trascendentales para la vida de las personas infantiles y adolescentes.”

La decisión del tipo de monumento deberá tomarse de manera conjunta y consensada entre la hermana de Ángel, las organizaciones de la sociedad civil que deseen participar a través de un procedimiento abierto, el DIF y esta Comisión.

Asimismo, en la develación de todos y cada uno de estos memoriales deberán acudir las personas particulares y las personas del servicio público mencionadas en el anterior apartado, incluido el Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Nuevo León.

En cada develación deberán estar presentes los medios de comunicación masiva que tengan mayor alcance, a nivel local, nacional e internacional, para difundir dicho acto, lo que también deberá hacerse, al menos, en radio, televisión y redes sociales como Facebook, Instagram y Twitter.

Asimismo, se deberá publicitar en la página oficial de la autoridad responsable, la presente determinación para que las personas gobernadas que residen y transitan en el Estado, tengan conocimiento de esta, para su fácil y pronta divulgación.

10.4.3. Conmemoración del aniversario luctuoso de Ángel Manuel Moreno

El DIF deberá llevar a cabo una ceremonia el día nueve de febrero de cada año por el aniversario luctuoso de Ángel Manuel Moreno, para que se le recuerde, a la cual podrá asistir el público en general, incluidas las organizaciones de la sociedad civil,³⁵³ la persona titular del DIF y un representante del Gobierno del Estado del más alto nivel.

En dicho evento se le deberá dar intervención, para que den un mensaje, a las siguientes personas: a la persona titular del DIF; al representante del Gobierno del Estado; a una persona en representación de las organizaciones de la sociedad civil; a la Presidenta de esta Comisión; y a la hermana de Ángel Manuel Moreno, si es que es así su deseo.

10.4.4. Revisión de diagnósticos

De manera inmediata, se deberá ordenar a quien corresponda que lleve a cabo una revisión de que los diagnósticos y tratamientos de V2 y V3, para determinar si son

³⁵³ Cuyas actividades se dirijan a la protección de los derechos humanos, primordialmente, aquellas que estén enfocadas a la defensa de los derechos humanos de las personas infantes y adolescentes.

correctos y, en su caso, informar de manera documentada los avances y resultados, dentro del término de treinta días naturales.

Cabe señalar que este proceso deberá de replicarse en todos los asuntos en las que niñas, niños y adolescentes cuenten un diagnóstico de trastorno y/o estén tomando medicamentos controlados y/o de carácter psiquiátrico.

10.4.5. Anexar copias certificadas de la Recomendación a los expedientes personales de las personas del servicio público reconocidas como responsables de las violaciones graves a los derechos humanos de Ángel Manuel Moreno

Una vez que cause firmeza la presente Recomendación, la Encargada de la Dirección General del DIF deberá ordenar a quien corresponda, que anexe una copia certificada de esta determinación a los expedientes personales de PSP3, PSP4, PSP10, PSP20, PSP55 y PSP56.

10.5. Medidas de no repetición

Con la finalidad de garantizar la no repetición de las conductas analizadas, la autoridad debe adoptar las medidas necesarias tendentes a prevenir que se vuelvan a cometer violaciones similares.³⁵⁴ En tal sentido, se emiten las siguientes:

10.5.1. Registro Estatal de niñas, niños y adolescentes violentados

Se deberá crear un sistema que contenga un registro de las niñas, niños y adolescentes violentados en el Estado de Nuevo León, ya sea que residan o transiten por esta Entidad Federativa, con la finalidad de generar políticas públicas tendentes a lograr la mayor protección de las personas infantiles y adolescentes, sobre todo, de aquellas que están bajo el cuidado del Estado.

10.5.2. Servicio médico in locus

Los Centros de Atención Integral de Niñas, Niños y Adolescentes y los Centros de Asistencia Social deberán contar, de manera permanente, tanto de día, como de noche, es decir, las veinticuatro horas, los trescientos sesenta y cinco días del año, con personal

³⁵⁴ Artículo 43, fracción V, de la Ley de Víctimas.

médico lo suficientemente profesionalizado y especializado que pueda atender los casos de salud que lleguen a presentar las personas infantiles o adolescentes, especialmente, los casos urgentes, con la finalidad de preservar su salud y su vida.

10.5.3. Visitas in situ a los Centros de Atención Integral del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León y a los Centros de Asistencia Social públicos y privados

Esta Comisión considera necesario llevar a cabo visitas in situ a los Centros de Atención Integral de niñas, niños y adolescentes y a los CAS, con la finalidad de verificar las condiciones materiales e inmateriales en las que se encuentran las personas infantiles y adolescentes que se encuentra bajo su guarda y custodia.

Para tal efecto, deberá conformarse un grupo interdisciplinario integrado por personal lo más altamente calificado de esta Comisión, del H. Congreso del Estado de Nuevo León, de la Fiscalía, del Poder Judicial del Estado, del Poder Judicial de la Federación y de las Organizaciones de la Sociedad Civil cuyas actividades se dirijan, primordialmente, a la protección de niñas, niños y adolescentes.

Estas visitas se llevarán a cabo:

- Sin previo aviso al DIF, cuyo personal deberá prestar las facilidades necesarias, de manera inmediata, para que las personas integrantes de este grupo interdisciplinario puedan tener acceso a las instalaciones correspondientes;
- En caso de que no se permita el acceso deberá levantarse un acta con la evidencia documental correspondiente, como fotografías y vídeo, lo cual se hará público para que la sociedad neolonesa y la sociedad mexicana puedan saber que dicho organismo no permitió el acceso, con lo que se vulnerarían los principios de transparencia, rendición de cuentas, gobierno abierto, combate a la corrupción y, sobre todo, el interés superior de la infancia y adolescencia;

Si el DIF cuenta con personal suficiente y calificado que cumplan con los principios de excelencia, profesionalismo, así como de debida diligencia y cuidado; las instalaciones cumplen con el requisito de entornos seguros y adecuados; y las niñas, niños y adolescentes se encuentran en óptimas condiciones de salud física y mental; no se

advierte razón alguna para que no se pueda permitir el acceso a este grupo interdisciplinario;

- Los integrantes de este grupo deberán identificarse plenamente con algún documento oficial, como la credencial para votar expedida por el Instituto Nacional Electoral, licencia de conducir o la identificación oficial de la institución en la que laboren;
- Asimismo, se entregará copia del acuerdo correspondientes, emitido por la Presidenta de la Comisión en la que se haya ordenado el día y la hora en que se llevará a cabo la visita;
- Una vez que se tenga acceso a las instalaciones respectivas, este grupo podrá acceder a cualquier lugar sin restricción alguna, cuidando no invadir la privacidad e intimidad de las niñas, niños y adolescentes, ni generarles sobresaltos;
- Los integrantes del grupo interdisciplinario podrán entablar conversaciones con las niñas, niños y adolescentes sin la presencia del personal del DIF, para que no se vean coaccionados, dada la relación de asimetría existente, teniendo en cuenta, en lo que sea conducente, el “Modelo especializado para la toma de declaraciones infantiles”,³⁵⁵ el “Protocolo para juzgar con perspectiva de infancia y adolescencia”³⁵⁶ y las recomendaciones que formulen las y los psicólogos del CAV;
- Concluida la visita se levantará un acta circunstanciada en la que se asentará de manera detallada todo lo que se haya visto, escuchado o constatado;
- En caso de que se advierta algún tipo de irregularidad, de manera inmediata, deberá hacerse saber a las instancias correspondientes para que procedan a establecer las medidas y mecanismos adecuados que impidan la violación de los derechos humanos de las personas infantes y adolescentes;

³⁵⁵ Localizable en la siguiente liga:

<https://www.corteidh.or.cr/tablas/r36554.pdf> (Consultada el 18 de mayo de 2023).

³⁵⁶ Localizable en la siguiente liga:

<https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/protocolos/archivos/2022-02/Protocolo%20para%20juzgar%20con%20perspectiva%20de%20Infancia%20y%20Adolescencia.pdf> (Consultada el 18 de mayo de 2023).

- De ser el caso, deberá darse vista a las autoridades competentes ya sea para que se inicie el procedimiento administrativo de responsabilidad o la carpeta de investigación penal correspondiente, según sea el caso, sin perjuicio de que puedan ejercerse otras acciones;
- Este grupo interdisciplinario deberá rendir un informe anual, el cual será público.
- La Comisión emitirá un Acuerdo General que regule estas visitas, teniendo en cuenta los lineamientos generales mencionados en párrafos precedentes.

Con la finalidad de dar debido cumplimiento a este apartado, gírese atento oficio a la ministra Presidenta de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y del Consejo de la Judicatura Federal, invitándola, respetuosamente, en aras del interés superior de la infancia y adolescencia, a que, de no existir inconveniente alguno, comunique si el Poder Judicial de la Federación estará en posibilidad de participar en este grupo y de ser así el número, nombre y cargos de las personas del servicio público que se sumarán a este.

Invitaciones similares deberán formularse al Presidente de la Mesa Directiva del H. Congreso del Estado de Nuevo León, así como a las personas titulares de la Fiscalía General del Estado y del Tribunal Superior de Justicia y del Consejo de la Judicatura del Estado.

En el caso de esta Comisión, su Presidenta determinará el número, nombres y cargos de las personas del servicio público que deberán conformar este grupo; y en cuanto a las organizaciones de la sociedad civil deberá emitirse una convocatoria pública, regulada a través de un Acuerdo General, en la que se determinarán la forma y términos en las que podrán participar.

Lo anterior, sin perjuicio de que esta Comisión pueda llevar a cabo visitas de inspección a las diversas instalaciones del DIF, con independencia de las actividades que realice o llegue a realizar el Grupo Multidisciplinario a que se ha hecho alusión en este apartado.

10.5.4. Circuito cerrado de cámaras de seguridad

La Encargada de la Dirección General del DIF deberá instruir, inmediatamente, a quien corresponda, que se proceda a instalar un circuito cerrado de cámaras de seguridad para prevenir, proteger y salvaguardar la integridad y seguridad de las niñas, niños y

adolescentes, incluidos el monitoreo y vigilancia de estas, cuidándose de no vulnerar la intimidad y privacidad de estas personas, debiéndose informar cuando se haya dado cumplimiento a ello.

Estas cámaras deberán contar con audio y ser termográficas, es decir, infrarrojas, para que puedan detectar cualquier actividad inclusive en la oscuridad y además deberán contener el almacenaje suficiente para guardar permanente todo lo que acontezca en las instalaciones donde que encuentren resguardados las niñas, niños y adolescentes a cargo del Estado, lo que significa que por ningún motivo y por ninguna razón deberán ser borrado su contenido.

En la inteligencia de que, si se advierte alguna irregularidad o transgresión a los derechos de las personas infantiles o adolescentes, deberá darse vista, de manera inmediata, a las autoridades competentes, para que procedan a emitir las medidas cautelares o precautorias pertinentes y se proceda con estricto apego a derecho.

10.5.5. Expedientes administrativos y clínicos.

De manera inmediata, se deberá instruir a quien corresponda, que se proceda a la adecuación de los registros que se llevan tanto en los expedientes administrativos, como en los clínicos, de conformidad con la normatividad que resulta aplicable y las normas oficiales mexicanas en la materia, debiendo estar sus constancias ordenadas de manera cronológica, permitiendo identificar cualquier situación en la que haya sido participe su personal, incluyendo su resultado.

En el entendido que toda anotación deberá de contener, con letra de molde que permita su fácil lectura: el nombre y cargo de quién la realiza; la fecha y hora de registro; la fecha y hora del evento acaecido; las personas participantes, sean niñas, niños y/o adolescentes; el nombre del personal del servicio público, incluido el cargo que se ostente; la determinación tomada y la fundamentación de esta; y el nombre de la persona del servicio público que haya tomado en cuenta la determinación.

Lo anterior, respecto de cualquier incidente que acontezca, destacadamente, respecto de aquellas situaciones que puedan afectar la integridad y seguridad de las personas infantiles y/o adolescentes.

10.5.6. Módulos para la recepción de quejas o denuncia por la posible violación de derechos humanos

El DIF deberá otorgar todas las facilidades necesarias para instalar, en los lugares donde tengan bajo su cuidado a personas infantes o adolescentes, principalmente en los Centros de Atención Integral a Niñas, Niños y Adolescentes,³⁵⁷ un módulo de esta Comisión, con la finalidad de que se puedan recabar quejas o denuncias por la probable violación a los derechos humanos, sobre todo, a este grupo de atención prioritaria.

Para tal efecto, la Presidenta de esta Comisión emitirá un Acuerdo General que regulará la forma y términos en que operarán y funcionarán estos módulos.

Lo anterior, con el ánimo siempre constructivo de colaborar y acompañar al Gobierno del Estado en la importante misión que tiene de proteger, respetar y garantizar los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes.

10.5.7. Buzones de queja

El DIF deberá otorgar todas las facilidades necesarias para instalar buzones de queja en los lugares en donde tengan bajo su cuidado a personas infantes o adolescentes, principalmente en los Centros de Atención Integral a niñas, niños y adolescentes, para que las madres, padres, familiares en general o personas significativas de las personas infantes y adolescentes en cuidados alternativos, estén en posibilidad de formular quejas por la atención, trato o cualquier otra circunstancia que consideren pudiera ser constitutiva de probables violaciones a los derechos humanos.

Para tal efecto, la Presidenta de esta Comisión, en el mismo Acuerdo General señalado en el apartado que antecede, regulará la forma y términos en que operarán y funcionarán estos buzones.

³⁵⁷ Sobre todo, en Capullos y Fabriles.

10.5.8. Padrón de niñas, niños y adolescentes que se encuentran bajo el cuidado y tutela del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León, así como de los Centros de Asistencia Social públicos y privados

El DIF deberá publicitar en su página oficial un padrón sobre las niñas, niños y adolescentes que se encuentran a cargo del Estado o de los CAS públicos y privados, en el que se establezcan, de manera enunciativa, más no limitativa, los siguientes datos:

- El número de personas infantiles y adolescentes totales que se encuentran en ese supuesto, debiéndose señalar cuántas pertenecen al sexo masculino, al sexo femenino o aquellas que se identifiquen como no binarias;
- El número de niñas, niños y adolescentes que se encuentren bajo tratamiento médico, psicológico y/o psiquiátrico;
- El número de personas que sean trasladadas a otros lugares distintos de los que habitualmente residen;
- Estos datos serán estadísticos, sin que, de ninguna manera, se señalen los nombres, características físicas o cualquier otro dato o información que permita a estas personas ser identificadas o que las hagan identificables.

En el entendido de que nunca se deberán remitir datos o información que identifiquen o hagan identificable a alguna niña, niño o adolescente.

El DIF deberá remitir esta información a la Comisión, de manera mensual, para darle un seguimiento puntual y detallado a este tema.

Cabe señalar que el padrón a que se hace alusión en este apartado es distinto del previsto en la fracción VI Bis del artículo 13o. de la Ley de Asistencia Social, porque este último se circunscribe a las personas infantiles y adolescentes en situación de orfandad.

10.5.9. Consulta a las niñas, niños y adolescentes que se encuentra bajo la guarda y custodia del DIF

En atención al derecho de expresarse y al principio de participación,³⁵⁸ la Comisión llevará a cabo una consulta, a través de entrevistas a las niñas, niños y adolescentes que se encuentran bajo la guarda y custodia del DIF, con el fin de conocer, entre otras cosas, sus opiniones sobre dicho organismo, el trato que reciben y los procedimientos que lleva a cabo dicha institución.

Lo anterior, teniendo en cuenta que las personas infantes y adolescentes son titulares de derechos, lo que significa que debe reconocérseles como sujetos jurídicos, no solo formalmente, sino materialmente, en la vida diaria y en el día a día.

Debe tenerse presente que en los últimos tiempos se ha gestado una nueva dinámica en la que las y los protagonistas son las niñas, niños y adolescentes, dando lugar al respeto irrestricto de sus derechos humanos, a la paradigmática figura de la autonomía progresiva y a ser escuchados con atención, teniendo en cuenta sus particularidades.

10.5.10. Enfoque diferenciado y especializado

Las personas del servicio público del DIF deberán realizar su trabajo llevando con un enfoque diferenciado y especializado para darle efectividad real a la protección especial que requieren las niñas, niños y adolescentes, teniendo en cuenta que se trata de un grupo heterogéneo, debido a sus diferentes edades, sexo, escolaridades, origen social y posibles situaciones de discapacidad, de migración o de calle, por señalar solos algunas; o por las distintas vulnerabilidades que pudieran concurrir al mismo tiempo, dando lugar a la figura conocida como interseccionalidad. Esto, con la finalidad última de que puedan acceder con plenitud al ejercicio de todos sus derechos humanos.

³⁵⁸ El cual se desprende de la Convención sobre los Derechos del Niño.

10.5.11. Comunicado sobre la prohibición de que las niñas, niños y adolescentes que se encuentren a cargo del Estado, egresen sin que se observen los supuestos expresamente previstos por la normatividad aplicable³⁵⁹

La responsable deberá emitir, de manera inmediata, un comunicado sobre:

- La prohibición total y absoluta de que las personas infantes y adolescentes que se encuentren a cargo del DIF, egresen cuando no se surtan los supuestos normativos previstos expresamente para tal efecto; y,
- La obligación reforzada de las personas del servicio público de preservar todos los derechos humanos de las personas infantes y adolescentes que se encuentren a su cargo.

La anterior medida:

- Deberá enterarse al personal, dándole lectura íntegra a su contenido, además de precisar, cuáles son las fuentes normativas y criterios aplicables;
- Tendrá que ser publicada en lugares visibles dentro de sus instalaciones, en particular, en las áreas involucradas con el egreso de niñas, niños y adolescentes de las oficinas del DIF; y,
- Deberá socializarse a través de sus redes internas, por ejemplo, a través de los correos institucionales.

10.5.12. Protocolos

En un plazo no mayor a tres meses, la autoridad responsable deberá elaborar los siguientes protocolos:

- Uno: que tenga por objeto regular la forma y términos en que niñas, niños y adolescentes que se encuentran bajo el cuidado del DIF puedan ser trasladados de un lugar a otro.

³⁵⁹ Sobre todo, la Ley General de “NNA” y la Ley de Niñas, Niños y Adolescentes de NL y los tratados internacionales en la materia que sean aplicables.

En el entendido de que la decisión que se tome deberá plasmarse por escrito para que quede evidencia de ello. En esta determinación deberá hacerse una ponderación de los beneficios y perjuicios de tomar una decisión de esa naturaleza y, sobre esa base, determinar cuales tienen mayor peso.

La decisión de trasladar a una persona infante o adolescente de un lugar a otro debe fundamentarse fuertemente y motivarse reforzadamente porque el cambio de un entorno familiar a otro ambiente completamente desconocido puede repercutir negativamente en la estabilidad psicológica y emocional de las niñas, niños y adolescentes, pudiendo generar incertidumbre emocional.

- Otro: en el que se establezca, con precisión, la forma en que debe procederse cuando una persona particular o del servicio público agrede física, verbalmente o de cualquier otra forma a una persona infante o adolescente, incluidas aquellas conductas que pudieran constituir alguna forma de maltrato o tortura, lo que -en todo caso- deberá hacerse del saber a la autoridad facultada para investigar esos hechos para, en su caso, determinar el ejercicio de la acción penal ante las autoridades jurisdiccionales, sin perjuicio del ejercicio de otras acciones.
- Uno más: en el que se detalle cómo se debe actuar en el caso de que por alguna razón fallezca alguna niñas, niños y adolescentes, en el que se deberá incluir, obligadamente, la realización de la autopsia para determinar claramente las causas de la muerte y el trato digno de sus cuerpos.
- Y, finalmente, uno en el que se establezca detalladamente la forma de actuar en caso de que alguna niñas, niños y adolescentes presente algún caso de urgencia médica.

Estos protocolos:

- Deberán estar armonizados con la normatividad nacional e internacional en la materia, así como con los más altos estándares internacionales, para lograr la protección que las personas infantes y adolescentes requieren;
- Deben fungir como una herramienta práctica para que las personas del servicio público del DIF guíen su actuar en los casos que involucren directa o indirectamente los derechos de esas personas; y,

- Deberán detallarse las responsabilidades de todas y cada una de las personas del servicio público en el caso de los Centros de Atención Integral a infantes y adolescentes.

10.5.13. Girar instrucciones

Se deberán girar las instrucciones necesarias a todas las personas del servicio público del DIF para que:

- Omitan cualquier tipo de acto vulnerador de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes, destacadamente aquellos tendentes a atentar en contra de su vida; su integridad física, psicológica y emocional; su salud; y su dignidad, lo que implica que dichas personas no sean humilladas, degradadas, envilecidas o cosificadas.
- Se abstenga de llevar a cabo actuaciones que no se encuentren previstas en la normatividad que regulen sus funciones y atribuciones, donde se destaque su ámbito competencial y la manera correcta de hacerlas cumplir, a fin de evitar violaciones a los derechos humanos como las descritas.

10.5.14. Cursos

10.5.14.1. Introducción

Se considera necesario que se impartan cursos sobre derechos humanos tanto al personal del servicio público del DIF, como a las niñas, niños y adolescentes que se encuentran bajo el resguardo de dicho Organismo.

Para tal efecto, la Encargada del Despacho del DIF deberá comunicarse y coordinarse con la Directora del Instituto de Derechos Humanos de esta Comisión, para que dichos cursos se impartan con personal de este organismo o con especialistas externos en la materia.

10.5.14.2. Curso a las personas del servicio público

Para fortalecer la profesionalización del personal del DIF y de la Procuraduría, bríndese a su personal de, los cursos de sensibilización, formación y capacitación sobre los principios y normas de protección de los derechos humanos, especialmente sobre los siguientes: a

la vida y a que las personas no sean privadas esta; a una vida libre de violencia; a preservar su integridad; al trato humano; al interés superior de la infancia y adolescencia; a vivir en condiciones de bienestar; a un sano desarrollo integral; a vivir en familia; a la salud; al acceso a la verdad; a la legalidad; a la dignidad; y, a los diversos derechos que tienen las personas en situaciones de discapacidad.

10.5.14.3. Cursos a las personas infantiles y adolescentes a cargo del Estado

Paralelamente, deberán confeccionarse e impartir cursos a niñas, niños y adolescentes, con la finalidad de que tengan conocimiento de los derechos humanos de los cuales son titulares.

Estos cursos deberán impartirse en un lenguaje claro, sencillo y con ejemplos, teniendo en cuenta la edad y madurez de las personas infantiles y adolescentes a quienes van dirigidos.

10.5.15. Idoneidad de los perfiles de las personas del servicio público.

Se deberán aplicar pruebas al personal actual, así como al de nuevo ingreso para que cumplan con los perfiles idóneos para el cuidado y protección de niñas, niños y adolescentes, acreditación con la cual deberán de contar al menos una vez al año, no debiendo exceder dicho plazo entre una y otra.

Lo anterior, con la finalidad de garantizar que cuenten con las capacidades y herramientas requeridas para atender debidamente y con respeto a dicho grupo de población, así como de respetar los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentran bajo el cuidado y resguardo del Estado.

10.5.16. Vista a la autoridad competente para que inicie los procedimientos de responsabilidad administrativa

La adopción de medidas eficaces para que no continúen las violaciones a derechos humanos forma parte de la satisfacción, así como la aplicación de sanciones administrativas a quienes sean responsables de las violaciones acreditadas.

En tales condiciones, resulta procedente dar vista a la autoridad competente para que, a la brevedad, inicie los procedimientos que correspondan en contra de las personas del

servicio público que participaron vía acción u omisión en las violaciones a los derechos humanos declaradas en esta resolución, a fin de deslindar las responsabilidades administrativas y, en su caso, de ser el caso, imponer las sanciones que resulten conducentes.

Para tal efecto, esta Recomendación servirá de base para iniciar la investigación administrativa y las pruebas que obran en este expediente de queja deberán tomarse en cuenta, para que, en su momento, sean valoradas por la autoridad que resuelva.

Por tal motivo, mediante oficio, remítase a la autoridad competente copia certificada de todas y cada una de las constancias, que obran en estos expedientes, incluida la presente determinación, para que sirvan como elemento de convicción para iniciar los procedimientos de responsabilidad administrativa y para que, en el momento procesal oportuno, sean valorados al momento de emitirse la resolución correspondiente.

En concordancia con el artículo 67 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Nuevo León y con fines meramente informativos -no siendo obstáculo para el cumplimiento de este punto- se deberán comunicar a este Organismo los resultados de las investigaciones y de los procedimientos de responsabilidad administrativa.

10.5.17. Difusión de la Recomendación.

La autoridad responsable deberá subir a su página oficial la presente determinación para que las personas gobernadas, que residan o transiten en el Estado de Nuevo León, tengan conocimiento de esta, para su fácil y pronta divulgación.

11. REGISTRO DE VÍCTIMAS

El DIF deberá solicitarle a la CEEAV que realice el registro de las víctimas directas y de la víctima indirecta precisadas en esta determinación para los efectos a que haya lugar.

Asimismo, se invita a la CEEAV para que elabore un escrito, a nombre de la persona que tenga la representación legal de V4 o de ella misma para el caso de que haya cumplido la mayoría de edad, dirigido a la persona titular de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para solicitarle que ejerza la facultad prevista en los artículos 88, fracción XXXVI, y 88 Bis de la Ley General de Víctimas, con la finalidad de que se le proporcione la ayuda,

atención, asistencia y compensación subsidiaria a la hermana de Ángel, en su calidad de víctima indirecta.

Para tal efecto, la CEEAV podrá tomar en consideración los fundamentos y razonamientos expuestos por el Juez Cuarto de Distrito en Materia Administrativa en el Estado de Nuevo León, el pasado veintidós de marzo de dos mil veintitrés, al resolver el juicio de amparo 503/2022.³⁶⁰

Cabe señalar que esta Comisión considera que se trata de asuntos esencialmente similares, en la medida de que ambos casos tratan de personas pertenecientes a grupos de atención prioritaria dadas las diversas situaciones de vulnerabilidad que convergen tanto en las víctimas directas, como en las indirectas.

Una vez elaborado este escrito, se sugiere a la CEEAV ponerlo a disposición de la persona que represente legalmente a la adolescente V4, para iniciar el trámite correspondiente.

12. NOTIFICACIÓN AL PATRONATO, LA JUNTA DE GOBIERNO Y EL COMISARIADO DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Dado que en términos del artículo 15o. de la Ley de Asistencia Social, el Patronato, la Junta y el Comisariado son órganos superiores de gobierno del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, se considera necesario hacerles saber el contenido de la presente resolución para los efectos a que haya lugar, en términos de la mencionada Ley.

13. LLAMADOS ESPECIALES

13.1. Introducción

Si bien algunas instituciones no estuvieron involucradas en este caso, con la finalidad de desplegar lo más ampliamente posible la protección especial de los derechos humanos que requieren las niñas, niños y adolescentes, se considera necesario realizar los siguientes llamados especiales:

³⁶⁰ De la cual tiene conocimiento la CEEAV.

13.2. A la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León

Para que la persona titular de la Secretaría de Salud Estatal establezca los programas necesarios tendentes a revisar las condiciones necesarias de los Centros de Atención Integral a niñas, niños y adolescentes del DIF, mediante visitas sanitarias, lo cual deberá estar regulado de manera expresa en algún documento normativo, ya sea protocolo o mediante la modificación de su normatividad.

13.3. A la Dirección de Protección Civil del Estado de Nuevo León

Para que la persona titular de la Dirección de Protección Civil del Estado de Nuevo León instruya al personal competente para que:

- Lleven a cabo o sigan llevando a cabo visitas periódicas a los Centros de Atención Integral a niñas, niños y adolescentes del DIF;
- Verifiquen que las instalaciones cumplan con los requisitos de idoneidad y seguridad;
- Detecten oportunamente vulnerabilidades, peligros o riesgos;
- Realicen actos de prevención y previsión;
- Hagan frente a las distintas emergencias que se pudieran presentarse; y
- Mitiguen el impacto o daño que pudieran producirse.

Lo anterior, teniendo en cuenta es que es obligación del Estado reducir los riesgos y llevar a cabo las acciones necesarias para la identificación el reconocimiento de la vulnerabilidad en las zonas que se encuentran bajo su jurisdicción, concretamente en las diversas instalaciones del DIF, atento a lo dispuesto en los artículos 2, fracciones XLIX, XVIII, LVIII, XXXVII, XXXI, XXVIII, XXXVI, XXXIX y XL; y 4, fracciones II y III, de la Ley General de Protección Civil.

14. EXHORTOS

14.1. Introducción

Además de los puntos recomendatorios contenidos en esta determinación, esta Comisión considera oportuno emitir los siguientes exhortos, con la finalidad de complementar aquellos e impulsar una reparación lo más integral posible, especialmente, en el apartado relativo a la no repetición de los hechos violatorios de los derechos humanos que se han descritos.

14.2. Al H. Congreso del Estado de Nuevo León

Se invita a las y los legisladores del H. Congreso del Estado de Nuevo León lleven a cabo mesas de trabajo con la finalidad de determinar la pertinencia de llevar a cabo las reformas pertinentes a la Ley Orgánica del Poder Judicial del Estado de Nuevo León para crear un Juzgado Especializado en Personas Infantes y Adolescentes en Materia Familiar que tenga, entre otras facultades, las siguientes:

- Conocer del trámite de adopciones;
- Llevar a cabo visitas a los Centro de Atención Integral a niñas, niños y adolescentes del DIF, así como a los CAS públicos y privados, para constatar las condiciones en las que se encuentran las personas infantes y adolescentes;
- Emitir medidas precautorias cuando así se considere pertinente, derivado del temor fundado de la probable existencia de un peligro inminente que ponga en riesgo la integridad física, psicológica o emocional de las personas infantes y adolescentes;
- Realizar un escrutinio riguroso sobre las condiciones en las que se encuentran las niñas, niños y adolescentes a cargo del DIF y de los CAS; y,
- Tomar todas las medidas pertinentes para lograr la mayor protección posible.

14.3. A la Fiscalía General de Justicia del Estado de Nuevo León

La Corte IDH ha señalado que el Estado tiene el deber de iniciar ex officio y sin dilación, una investigación seria, imparcial y efectiva y no como una simple formalidad condenada de antemano a ser infructuosa.

Dicha investigación debe ser realizada a través de todos los medios legales disponibles y orientada a la determinación de la verdad, así como a la investigación, enjuiciamiento y castigo de todas las personas responsables, especialmente, cuando están o puedan estar involucrados agentes estatales.³⁶¹

Porque una investigación con estas características contribuye fundamentalmente a darle efectividad material al derecho a la verdad y al derecho de acceso a la justicia, previstos en los artículos 8 y 25 de la Convención Americana.³⁶²

Por tal motivo, se formula un respetuoso exhorto a la Fiscalía General de Justicia del Estado para que continúe con los trámites procesales correspondientes, con la finalidad de deslindar las responsabilidades penales que pudieran derivarse de la actuación del personal del DIF que participó vía acción u omisión en los hechos descritos, primordialmente, aunque no de manera limitativa, respecto de:

- PSP55, entonces Director General del DIF;
- PSP4, entonces Director de Atención al Menor;
- PSP26, entonces Coordinador de Fabriles; y,
- PSP3, entonces Encargado de la Enfermería de Fabriles.

14.4. Al Tribunal Superior de Justicia del Estado de Nuevo León

Se formula un respetuoso exhorto al Tribunal Superior de Justicia para que, a través del juzgado correspondiente,³⁶³ en la medida de lo posible y una vez que se encuentre en condiciones, se resuelva lo más pronto posible la causa penal que se tramita con motivo de este caso, para darle efectividad material al derecho a una justicia pronta y expedita, tanto de Ángel, de la hermana de este, como de la sociedad en general, contribuyéndose de esta forma, desde el Sistema Jurisdiccional de Protección de los Derechos Humanos,

³⁶¹ Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Fondo, Reparaciones y Costas, 04 de julio de 2006, párrs. 147 y 148.

³⁶² Corte IDH. Caso del Penal Miguel Castro Castro vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas, 25 de noviembre de 2006, párrs. 381 y 393.

³⁶³ Juzgado de Control y de Juicio Oral del Estado.

a reforzar las medidas de satisfacción y de no repetición de las violaciones a los derechos humanos.

Por lo expuesto y fundado, la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Nuevo León, emite a la Encargada del Despacho de la Dirección General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, los siguientes:

15. PUNTOS RECOMENDATORIOS

Primero. Disculpa pública.

Deberá reconocer públicamente la realización de los hechos acreditados, las violaciones graves a los derechos humanos de Ángel Manuel Moreno y de su hermana y, dentro del plazo de seis meses, deberá disculparse, en un acto público, a nombre del Estado de Nuevo León y del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de Nuevo León.

En dicho acto, deberá reconocer expresamente la responsabilidad del personal que participó en las graves violaciones declaradas, debiendo estar presentes los integrantes de la Junta de Gobierno, del Patronato y la persona titular del Comisionado de dicho Sistema, así como el Gobernador Constitucional del Estado de Nuevo León, en su calidad de Presidente de este e integrante de la mencionada Junta de Gobierno.

Lo cual deberá llevarse a cabo en la forma y términos detallados en el apartado respectivo de la presente Recomendación.

Segundo. Memoriales.

Dentro de un plazo no mayor a un año deberá develar dos monumentos en memoria de Ángel Manuel Moreno, como forma de dignificarlo a él, a su hermana y a las niñas, niños y adolescentes que se encuentran a cargo y bajo la tutela del Estado de Nuevo León, como recuerdo del contexto de violencia que padeció y que el Estado de Nuevo León se compromete a evitar en el futuro.

Los monumentos se develarán en dos fechas distintas: uno de los cuales, deberá ser construido en un parque público al que se le deberá asignar el nombre de “Ángel Manuel Moreno”; y el otro, en la sede principal del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia; los cuales deberán tener las leyendas detalladas en el apartado correspondiente.

La decisión del tipo de monumento deberá tomarse de manera conjunta y consensada entre la hermana de Ángel Manuel Moreno, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia y la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Nuevo León.

Asimismo, en la develación de los dos memoriales deberán acudir las personas titulares de las instituciones mencionadas en el apartado respectivo de esta resolución, con la presencia de diversos medios de comunicación masiva y medios digitales de comunicación.

Tercero. Conmemoración del aniversario luctuoso de Ángel Manuel Moreno.

Se deberá llevar a cabo una ceremonia el día nueve de febrero de cada año por el aniversario luctuoso de Ángel Manuel Moreno, para que se le recuerde, a la cual podrá asistir el público en general, incluidas las organizaciones de la sociedad civil, la persona titular del DIF y un representante del Gobierno del Estado del más alto nivel.

En dicho evento se le deberá dar intervención, para que den un mensaje, a: la persona titular del DIF; al representante del Gobierno del Estado; a una persona en representación de las organizaciones de la sociedad civil; a la Presidenta de esta Comisión; y a la hermana de Ángel Manuel Moreno, si es que es así su deseo.

Cuarto. Compensación económica.

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León deberá compensar económicamente a V4, en su calidad de hermana de Ángel Manuel Moreno, con motivo de su fallecimiento, atribuido a diversos agentes estatales, así como a las graves, múltiples y continuas violaciones a los derechos humanos que sufrió, en la forma y términos descritos en el apartado respectivo de esta Recomendación.

Quinto. Registro Estatal de niñas, niños y adolescentes violentados.

Se deberá crear un sistema que contenga un registro de las niñas, niños y adolescentes violentados en el Estado de Nuevo León, ya sea que residan o transiten por esta Entidad Federativa, con la finalidad de generar políticas públicas tendentes a lograr la mayor protección de las personas infantiles y adolescentes, sobre todo, de aquellas que están bajo el cuidado del Estado.

Sexto. Módulos para la recepción de quejas o denuncias.

De manera inmediata, deberá otorgar las facilidades necesarias para instalar los módulos que sean necesarios de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Nuevo León, en las instalaciones del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado, con la finalidad de recabar quejas o denuncias por la probable violación a los derechos humanos, sobre todo, respecto de las niñas, niños o adolescentes a cargo de dicho Organismo.

Lo anterior, con el ánimo siempre constructivo de colaborar y acompañar al Gobierno del Estado en la importante misión que tiene de proteger, respetar y garantizar los derechos humanos de este grupo de atención prioritaria.

Séptimo. Buzones de queja.

De manera inmediata, deberá otorgar las facilidades necesarias para instalar buzones de queja en los lugares en donde tengan bajo su cuidado a personas infantes o adolescentes, principalmente en los Centros de Atención Integral a niñas, niños y adolescentes, para que las madres, padres, familiares en general o personas significativas de las personas infantes y adolescentes en cuidados alternativos, estén en posibilidad de formular quejas por la atención, trato o cualquier otra circunstancia que consideren pudiera ser constitutiva de probables violaciones a los derechos humanos.

Octavo. Servicio médico in locus.

En un plazo no mayor a seis meses, deberá llevar a cabo las acciones necesarias para que Centros de Atención Integral de niñas, niños y adolescentes cuenten, permanentemente, las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana, los trescientos sesenta y cinco días del año, con personal médico lo suficientemente profesionalizado y especializado que pueda atender los casos de salud que lleguen a presentarse, especialmente, los casos urgentes, con la finalidad de preservar su salud y su vida.

Noveno. Visitas in situ.

En un plazo no mayor a un mes, deberá girar las instrucciones necesarias para que el personal del Sistema permita el acceso a cualquier hora del día y sin restricción alguna,

al grupo interdisciplinario a que se hace alusión en esta determinación, con motivo de las visitas *in situ* que llevarán a cabo a los Centros de Atención Integral de niñas, niños y adolescentes dependientes del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, con la finalidad de verificar las condiciones materiales e inmateriales en las que se encuentran.

Décimo. Padrón.

En un plazo no mayor a seis meses deberá publicitar en su página oficial un padrón sobre las personas infantes y adolescentes que se encuentran a cargo del Estado o de algún otro Centro de Asistencia Social en el que se establezcan, de manera enunciativa, más no limitativa, los siguientes datos:

- El número de personas infantes y adolescentes totales que se encuentran en ese supuesto, debiéndose señalar cuántas pertenecen al sexo masculino, al sexo femenino o aquellas que se identifiquen como no binarias; y,
- El número de personas que sean trasladadas a otros lugares distintos de los que habitualmente residen;

Estos datos serán estadísticos, sin que, de ninguna manera, se señalen los nombres, características físicas o cualquier otro dato o información que permita a estas personas ser identificadas o que las hagan identificables.

En el entendido de que esta información deberá ser remitida a esta Comisión de manera mensual, para darle un seguimiento puntual y detallado.

Décimo primero. Consulta.

Deberá permitir que personal de esta Comisión lleve a cabo una consulta a las niñas, niños y adolescentes que se encuentran bajo la guarda y custodia del Estado, con el fin de conocer, entre otras cosas, sus percepciones, el trato que reciben y su opinión sobre los procedimientos que lleva a cabo dicha institución.

Lo anterior, teniendo en cuenta que las personas infantes y adolescentes son titulares de derechos, lo que significa que debe reconocérseles como sujetos jurídicos, no solo formalmente, sino materialmente, en la vida diaria y en el día a día.

Debe tenerse presente que en los últimos tiempos se ha gestado una nueva dinámica en la que las y los protagonistas son las niñas, niños y adolescentes, dando lugar al respeto irrestricto de sus derechos humanos, a la paradigmática figura de la autonomía progresiva y a ser escuchados con atención, teniendo en cuenta sus particularidades.

Décimo segundo. Enfoque diferenciado y especializado.

Deberá instruir a todo el personal del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia que lleven a cabo sus labores con enfoque diferenciado y especializado para darle efectividad real a la protección especial que requieren las niñas, niños y adolescentes, teniendo en cuenta que se trata de un grupo heterogéneo, con la finalidad de que puedan acceder con plenitud al ejercicio de todos sus derechos humanos.

Décimo tercero. Protocolos.

En un plazo no mayor a seis meses, la autoridad responsable deberá elaborar los siguientes protocolos:

- Uno, que tenga por objeto regular, la forma y términos en que las niñas, niños y adolescentes que se encuentran bajo el cuidado del Estado puedan ser trasladados de un lugar a otro.
- Otro, en el que se establezca, con precisión, la forma en que debe procederse cuando una persona particular o del servicio público agrede física, verbalmente o de cualquier otra forma a una persona infante o adolescente, incluidas aquellas conductas que pudieran constituir alguna forma de maltrato o tortura.
- Uno más, en el que se detalle cómo se debe actuar en el caso de que por alguna razón fallezca alguna persona infante o adolescente, en el que se deberá incluir, obligadamente, la realización de la autopsia, para determinar claramente las causas de la muerte, así como el trato digno de sus cuerpos.
- Y, finalmente, uno en el que se establezca detalladamente la forma de actuar en caso de que alguna niña, niño y adolescente presente algún caso de urgencia médica.

Décimo cuarto. Comunicado.

En un plazo no mayor a treinta días deberá emitir un comunicado dirigido al personal del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia:

- Sobre la prohibición total y absoluta de que las personas infantes y adolescentes que se encuentren a cargo del Estado, egresen cuando no se surtan los supuestos normativos expresamente previstos para tal efecto.
- Sobre la obligación reforzada de las personas del servicio público de preservar todos los derechos humanos de las personas infantes y adolescentes que se encuentren a su cargo.

Décimo quinto. Girar instrucciones.

En un plazo no mayor a treinta días deberá girar las instrucciones necesarias al personal del Organismo a su cargo para que:

- Omitan cualquier acto vulnerador de los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes, destacadamente, aquellos tendentes a atentar en contra de su vida; su integridad física, psicológica y emocional; su salud; y su dignidad, lo que implica que dichas personas no deben ser humilladas, degradadas, envilecidas o cosificadas.
- Se abstengan de llevar a cabo actuaciones que no se encuentren previstas en la normatividad que regule sus funciones y atribuciones, donde se destaque su ámbito competencial y la manera correcta de hacerlas cumplir, a fin de evitar violaciones a los derechos humanos como las descritas.

Décimo sexto. Cursos a personas del servicio público.

En un plazo no mayor a un año, deberán haberse brindado, a todo el personal del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado, los cursos de sensibilización, formación y capacitación sobre los principios y normas de protección de los derechos humanos, especialmente sobre los siguientes: a la vida y a que las personas no sean privadas de esta; a una vida libre de violencia; a preservar su integridad; al trato humano; al interés superior de la infancia y adolescencia; a vivir en condiciones de bienestar; a un sano desarrollo integral; a vivir en familia; a la salud; al acceso a la verdad; a la legalidad;

a la dignidad; y, a los diversos derechos que tienen las personas en situaciones de discapacidad.

Décimo séptimo. Cursos a personas infantiles y adolescentes.

Deberán confeccionarse e impartirse, de manera permanente, cursos a las niñas, niños y adolescentes que se encuentran a cargo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, en un lenguaje sencillo, claro y comprensible acorde a sus edades, madurez y particularidades, con la finalidad de que tengan conocimiento de los derechos humanos de los cuales son titulares.

Para tal efecto, la Encargada del Despacho de la autoridad responsable deberá comunicarse y coordinarse con la Directora del Instituto de Derechos Humanos de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Nuevo León, para que dichos cursos se impartan con personal de este organismo o con especialistas externos en la materia.

Décimo octavo. Vista a la autoridad competente para que inicie los procedimientos de responsabilidad administrativa

Dese vista a la autoridad competente para que, inmediatamente, inicie los procedimientos de responsabilidad administrativa en contra del personal que participó vía acción u omisión, a fin de deslindar las responsabilidades administrativas y para que, en su caso, imponer las sanciones que resulten conducentes, con motivo de las violaciones a los derechos humanos acreditadas en la presente determinación, debiéndose comunicar a este Organismo el resultado de las investigaciones y de los procedimientos de responsabilidad administrativa.

Décimo noveno. Anexar copias certificadas de la Recomendación a los expedientes personales de las personas del servicio público reconocidas como responsables.

Una vez que cause firmeza la presente Recomendación, se deberán anexar sendas copias certificadas de esta determinación a los expedientes personales de PSP3, PSP4, PSP10, PSP20, PSP55 y PSP56.

Vigésimo. Atención médica, psicológica y psiquiátrica.

En un plazo no mayor a treinta días naturales deberá de poner a disposición de V2, V3, V4 y V5, de manera gratuita, la atención y el tratamiento médico, psicológico y/o psiquiátrico que requieran o pudieran necesitar en el futuro, previo consentimiento expreso de dichas personas y sus representantes legales, en la forma y términos previstos en esta determinación.

Vigésimo primero. Difusión de la Recomendación.

La autoridad responsable deberá subir a su página oficial la presente determinación para que las personas gobernadas, que residan o transiten en el Estado de Nuevo León, tengan conocimiento de esta, para su fácil y pronta divulgación.

Vigésimo segundo. Colaboración con la Fiscalía General de Justicia y con el Juzgado de Control y de Juicio Oral del Estado.

Deberá colaborar en todo lo necesario con el personal de Fiscalía General de Justicia del Estado y del Juzgado de Control y de Juicio Oral del Estado para la tramitación, substanciación y resolución de los procedimientos penales que se encuentran en trámite en esas instituciones.

Vigésimo tercero. Idoneidad de los perfiles de las personas del servicio público.

Se deberán aplicar filtros o pruebas al personal actual, así como al de nuevo ingreso para que cumplan con los perfiles idóneos para el cuidado y protección de las niñas, niños y adolescentes, acreditación con la cual deberán de contar al menos una vez al año, no debiendo exceder dicho plazo entre una y otra.

Lo anterior, con la finalidad de garantizar que cuenten con las capacidades y herramientas requeridas para atender debidamente y con respeto a dicho grupo de población, así como de respetar los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentran bajo el cuidado y resguardo del Estado.

Vigésimo cuarto. Circuito cerrado de cámaras de seguridad.

Deberá instruir, inmediatamente, a quien corresponda, que se procedan a instalar un circuito cerrado de cámaras de seguridad para prevenir, proteger y salvaguardar la integridad y seguridad de las niñas, niños y adolescentes, incluidos el monitoreo y vigilancia de estas, cuidándose de no vulnerar la intimidad y privacidad de estas personas, debiéndose informar cuando se haya dado cumplimiento a ello.

Estas cámaras deberán contar con audio y ser termográficas, es decir, infrarrojas, para que puedan detectar cualquier actividad inclusive en la oscuridad y además deberán contener el almacenaje suficiente para guardar permanentemente todo lo que acontezca en las instalaciones donde que encuentren resguardados las niñas, niños y adolescentes a cargo del Estado, lo que significa que por ningún motivo y por ninguna razón deberá ser borrado su contenido.

En la inteligencia de que, si se advierte alguna irregularidad o transgresión a los derechos de las personas infantes o adolescentes, deberá darse vista, de manera inmediata, a las autoridades competentes, para que procedan a emitir las medidas cautelares o precautorias pertinentes y se proceda con estricto apego a derecho.

Vigésimo quinto. Expedientes administrativos y clínicos.

De manera inmediata, deberá instruir a quien corresponda, se proceda a la adecuación de los registros que llevan tanto en los expedientes administrativos, como en los clínicos, de conformidad con la normatividad que resulta aplicable y las normas oficiales mexicanas en la materia, debiendo estar sus constancias ordenadas de manera cronológica, permitiendo identificar cualquier situación en la que haya sido participe su personal, incluyendo su resultado.

En el entendido que toda anotación deberá de contener, con letra de molde que permita su fácil lectura: el nombre y cargo de quién la realiza; la fecha y hora de registro; la fecha y hora del evento acaecido; las personas participantes, sean niñas, niños y/o adolescentes; el nombre del personal del servicio público, incluido el cargo que se ostente; la determinación tomada y la fundamentación de esta; y el nombre de la persona del servicio público que haya tomado en cuenta la determinación.

Lo anterior, respecto de cualquier incidente que acontezca, destacadamente, respecto de aquellas situaciones que puedan afectar la integridad y seguridad de las personas infantes y/o adolescentes.

Vigésimo sexto. Ponderación cuidadosa en las decisiones que afecten a niñas, niños y adolescentes.

Toda decisión de la autoridad que implique una afectación a los derechos de las niñas, niños y adolescentes deberá ponderarse cuidadosamente, analizándose sus contextos específicos, así como los beneficios y los perjuicios, determinándose meticulosamente cuales de ellos tiene mayor peso específico.

Dicha decisión, invariablemente, deberá cumplir con los principios de razonabilidad y racionalidad, fundándose en la normativa nacional y/o internacional, motivándose reforzadamente en atención a la protección especial que requieren las personas infantes y adolescentes, a la luz de su interés superior.

Necesariamente, esa determinación deberá materializarse por escrito, la cual se deberá incorporar a los expedientes administrativos y/o clínicos, según corresponda.

Vigésimo séptimo. Revisión de diagnósticos.

De manera inmediata, deberá ordenar a quien corresponda que lleve a cabo una revisión de que los diagnósticos y tratamientos de V2 y V3, para determinar si son correctos y, en su caso, informar de manera documentada los avances y resultados, dentro del término de treinta días naturales.

Además, con el objeto de supervisar su bienestar, establecer el proyecto de vida y, en su caso, las circunstancias que permitan su egreso del Centro de Rehabilitación D1 y la Institución Clínica D3, respectivamente.

Este proceso deberá de replicarse en todos los asuntos en las que niñas, niños y adolescentes cuenten con un diagnóstico de trastorno y/o estén tomando medicamentos controlados y/o de carácter psiquiátrico.

Vigésimo octavo. Instalaciones dignas, adecuadas y seguras.

De manera inmediata, deberá instruir a quien corresponda que realice las reparaciones y/o adecuaciones necesarias de las instalaciones que albergan a niñas, niños y adolescentes que se encuentran bajo el cuidado del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, a fin de salvaguardar su derecho a una estancia digna que permita proteger y garantizar sus derechos humanos, destacadamente a la integridad y seguridad personal.

Vigésimo noveno. Colaboración con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas.

La responsable deberá colaborar en todo lo necesario con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas, en la forma y términos previstos en la Ley de Víctimas del Estado de Nuevo León.

16. ATENTO LLAMADO AL GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE NUEVO LEÓN

Esta Comisión hace un atento llamado al Doctor Samuel Alejandro García Sepúlveda, Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Nuevo León, para que en su calidad de Presidente del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Presidente del Sistema Estatal de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA NL) y superior jerárquico de la Encargada de la Dirección General del DIF, le instruya que acepte la presente Recomendación, ya que de hacerlo así, ello revelará el compromiso que tiene con los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes, especialmente porque al ser una persona del servicio público de alto rango, con las calidades anotadas, tiene una incidencia directa en las políticas públicas que afectan a las personas infantiles y adolescentes, así como una obligación reforzada de respetar y proteger tales derechos.

17. LLAMADOS ESPECIALES

Primero. A la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León.

Para que dicha Secretaría establezca los programas necesarios tendentes a revisar, mediante visitas sanitarias, las condiciones en la que se encuentran los Centros de

Atención Integral a niñas, niños y adolescentes del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado, mediante visitas sanitarias.

Segundo. A la Dirección de Protección Civil del Estado de Nuevo León.

Para que dicha Dirección lleve a cabo o siga llevando a cabo visitas periódicas a los Centros de Atención Integral a niñas, niños y adolescentes del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado; verifique que las instalaciones cumplan con los requisitos de idoneidad y seguridad; detecte oportunamente vulnerabilidades, peligros o riesgos; realice actos de prevención y previsión; haga frente a las distintas emergencias que pudieran presentarse; y se mitigue el impacto o daño que pudiera producirse.

18. EXHORTOS

Esta Comisión Estatal de Derechos Humanos emite, de manera respetuosa y siempre a consideración de estas autoridades, los siguientes exhortos:

Primero. Al H. Congreso del Estado de Nuevo León.

Para que, de considerarlo necesario, se lleven a cabo mesas de trabajo, con la finalidad de determinar la pertinencia de reformar a la Ley Orgánica del Poder Judicial del Estado de Nuevo León para crear un Juzgado Especializado en Personas Infantes y Adolescentes en Materia Familiar, que tenga, entre otras facultades, conocer del trámite de adopciones; llevar a cabo visitas a los Centros de Atención Integral a niñas, niños y adolescentes del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, así como a los Centros de Asistencia Social públicos y privados, con el objeto de constatar las condiciones en las que se encuentran las personas infantes y adolescentes; emitir medidas cautelares o precautorias cuando así se considere pertinente; realizar un escrutinio riguroso sobre las condiciones en las que se encuentran las personas infantes y adolescentes a cargo del Estado y de los Centros de Asistencia Social; y tomar todas las medidas necesarias para lograr su mayor protección posible.

Segundo. A la Fiscalía General de Justicia del Estado de Nuevo León.

Para que, en el ámbito de su competencia, continúe con los trámites procesales correspondientes en los procesos penales que se encuentran abiertos, con la finalidad de deslindar las responsabilidades penales que pudieran derivarse de la actuación del

personal del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado que participó vía acción u omisión en los hechos descritos en esta Recomendación.

Tercero. Al Tribunal Superior de Justicia del Estado de Nuevo León.

Para que, a través del juzgado correspondiente, en la medida de lo posible y una vez que se encuentre en condiciones, se resuelva lo más pronto posible, con perspectiva de los derechos de la niñez y la adolescencia, las causas penales que se tramitan con motivo de este caso, para darle efectividad material al derecho a una justicia pronta y expedita, contribuyéndose de esta forma, desde el Sistema Jurisdiccional de Protección de los Derechos Humanos, a reforzar las medidas de satisfacción y de no repetición de las violaciones a los derechos humanos.

La Encargada del Despacho de la Dirección General del Sistema para la Protección Integral de la Familia del Estado de Nuevo León deberá designar, en el oficio de aceptación de la presente determinación, a la persona del servicio público que fungirá como enlace con esta Comisión, para darle seguimiento al cumplimiento de la Recomendación, en el entendido de que, en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este organismo.

Asimismo, se hace de su conocimiento que, recibida la presente Recomendación, dispone del plazo de diez días hábiles, contados a partir del día siguiente al de su notificación, para informar si se acepta o no la misma.

En caso de ser aceptada, dispondrá de un plazo de diez días adicionales, contados a partir del siguiente a que se haga del conocimiento de este organismo la aceptación, para que remita las pruebas de cumplimiento de los puntos recomendatorios detallados con antelación.

En caso de no ser aceptada o cumplida, se procederá en la forma y términos descritos en los incisos a), b), c) y d) del artículo 46 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Nuevo León.

Lo anterior, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1 y 102, apartado "B", de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1 y 161 de la Constitución Política

del Estado Libre y Soberano de Nuevo León; y 3 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Nuevo León.

Notifíquese la presente Recomendación, mediante oficio, a:

- La Encargada de la Dirección General del Sistema para la Protección para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León;
- El Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Nuevo León;
- Las personas integrantes de la Junta de Gobierno del Sistema para la Protección para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León;
- Las personas integrantes del Patronato del Sistema para la Protección para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León;
- La persona titular del Comisariado del Sistema para la Protección para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Nuevo León;
- La persona titular de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas;
- Las personas integrantes del Sistema Estatal de Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes (SIPINNA Nuevo León), para que la tomen en consideración en la generación de políticas públicas para la protección de las personas infantes y adolescentes, en términos de la Ley de niñas, niños y adolescentes del Estado Nuevo León,³⁶⁴
- V4 y V5, hermana de Ángel Manuel Moreno y madre de V2, respectivamente, debiéndose de notificar a ambas la resolución en formato de lectura fácil; a quienes se les informa que, en caso de no encontrarse de acuerdo con dicha determinación, la misma puede ser impugnada dentro del término de treinta días naturales contados a partir de su notificación, conforme a lo que disponen los artículos 47, 55, 58, 59, 60 y 61 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Nuevo León;

³⁶⁴ Arts. 151 a 163, entre otros.

- A la Presidenta de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y del Consejo de la Judicatura Federal;
- Al Presidente del Tribunal Superior de Justicia y del Consejo de la Judicatura del Estado de Nuevo León;
- A la persona titular de la Fiscalía General de Justicia del Estado;
- A la persona titular de la Dirección de Protección Civil;
- A la persona titular de la Secretaría de Salud del Estado; y,
- Al Presidente de la Mesa Directiva del H. Congreso del Estado;

Dra. Olga Susana Méndez Arellano
Presidenta de la Comisión Estatal de
Derechos Humanos del Estado de Nuevo León

2VG: JAGL/EMG/RMM/EIGL/JJLA/LDAR/MHS/FJBD/CCLG/YSS