

Petición P-492-24 ante la CIDH: Caso Víctor Emmanuel de Jesús Gutiérrez Morales

I. Introducción y Resumen Ejecutivo

El presente documento se eleva a la **Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)** para exponer el caso de **Víctor Emmanuel de Jesús Gutiérrez Morales (V.E.J.G.M.)**, un niño víctima de negligencia médica e institucional en México, y de la subsecuente denegación de justicia por parte de autoridades estatales y federales. La petición P-492-24 busca:

- Narrar la **cronología de hechos** de forma clara, abarcando desde la evidencia prenatal hasta las acciones más recientes en 2025.
- Identificar **violaciones a derechos humanos** sufridas por V.E.J.G.M. y su familia, señalando las autoridades responsables (por acción u omisión) a nivel estatal y federal.
- Analizar de manera **sistémica** la colusión institucional y corrupción estructural que han perpetuado la revictimización.
- Formular **recomendaciones** concretas a la CIDH en materia de declaración de responsabilidad internacional del Estado mexicano, reparación integral y garantías de no repetición.

Resumen Ejecutivo: El caso de V.E.J.G.M. involucra una **negligencia médica perinatal** ocurrida en marzo de 2018 en un hospital subrogado del ISSSTESON, la cual dejó al niño con una lesión medular expuesta y consecuencias neurológicas de por vida. A partir de ese momento, se desarrolló un **patrón sistémico de encubrimiento y omisiones** por parte de múltiples instancias: autoridades sanitarias, fiscales, judiciales y de atención a víctimas. Los padres del menor han buscado incansablemente justicia y atención para su hijo, agotando todos los recursos internos disponibles sin éxito. En consecuencia, acuden a la CIDH para exponer la **grave violación estructural de derechos humanos** y solicitar la intervención del sistema interamericano.

II. Narrativa Cronológica de los Hechos (2018–2025)

1. Evidencia Prenatal y Ocultamiento del Diagnóstico (Marzo de 2018)

Desde antes del nacimiento de V.E.J.G.M. ya existían indicios de que su desarrollo era normal y que no presentaba malformaciones. En **marzo de 2018**, una a dos semanas antes del parto, se realizó un **ultrasonido obstétrico** en el área de imagenología del ISSSTESON, el cual **declaró expresamente que “no se detectaban malformaciones”**. Este dato es crítico: a tan poco tiempo del nacimiento, un ultrasonido debe revelar claramente condiciones como **espina bífida o defectos del tubo neural**. Un bebé que es certificado como sano y sin anomalías en ese periodo **no podría nacer repentinamente con una lesión abierta en la columna** sin que algo extraordinario ocurriera.

Dos posibles escenarios emergen de esta discrepancia:

- **Lesión durante el parto:** Que el daño (exposición medular) fuera provocado **por maniobras inadecuadas en el nacimiento** (por ejemplo, un desgarro o tracción excesiva).

- **Ocultamiento parto:** Que el personal médico **conocía la lesión con antelación** y, aún así, la **omitía deliberadamente** en los registros, **ocultando el diagnóstico** desde la etapa prenatal.

Cualquiera de las dos hipótesis es **sumamente grave**. En ambos casos se vislumbra una intención de **encubrimiento institucional** desde el origen: **antes incluso de que el niño naciera, ya se preparaba una mentira médica** para proteger a los responsables de la lesión que sufriría el menor. Este es el punto de partida real del caso: **no el momento del nacimiento en sí, sino semanas antes**, cuando existió evidencia de un feto sano y alguien **alteró ese destino por acción, omisión o manipulación del expediente médico**.

2. Nacimiento con Lesión Expuesta y Encubrimiento Inicial (27 de marzo – 3 de abril de 2018)

El **27 de marzo de 2018** nace V.E.J.G.M. en la Clínica Santa Fe, un hospital privado subrogado por el ISSSTESON en Huatabampo, Sonora. Al momento del parto, el bebé **presenta una lesión evidente y grave: una apertura de aproximadamente 3 cm en la parte baja de la espalda, con exposición directa de la médula espinal y las meninges**. Este cuadro es consistente con un **mielomeningocele** (defecto del tubo neural) o con una lesión traumática severa.

En esa situación crítica, el deber médico es claro: **atender de urgencia y trasladar inmediatamente** al recién nacido a un hospital de tercer nivel con capacidad neuroquirúrgica. Sin embargo, las acciones del personal médico fueron diametralmente opuestas a lo esperado:

- **Negación de la urgencia:** Los médicos **pretendieron entregar el bebé a la madre**, asegurándole falsamente que la herida “*se iba a secar sola*” y que bastaba con **lavados con agua y jabón en casa**. No se activó ningún **protocolo de emergencia** ni se realizó **interconsulta especializada** alguna. Básicamente, se minimizó la lesión como si careciera de importancia.
- **Omisión de traslado inmediato:** A pesar de la **urgencia vital**, no se dispuso de una ambulancia ni se coordinó traslado a un centro adecuado. La madre, aturdida y recuperándose del parto, casi es enviada a casa con un recién nacido en estado crítico, **sin ningún soporte médico real**.
- **Intervención paterna obligada:** Al conocer la situación, **Víctor Manuel Gutiérrez (padre del menor)** tuvo que **trasladarse por sus propios medios** desde Hermosillo a Huatabampo para intervenir. Él **insistió vehementemente** a los médicos para que se realizara el traslado que ya era impostergable. **Sólo gracias a esa presión familiar** se inició la solicitud de interconsulta.

Es revelador que la **solicitud de interconsulta y traslado se elaboró hasta el 2 de abril de 2018**, es decir, **cinco días después del nacimiento**. Peor aún, el documento médico acompañante –que señalaba que el niño “**requiere injerto**” y tiene “**una herida con exposición**”– fue **ocultado por el personal e intentaron arrebatarlo al padre** para no dejar evidencia de la negligencia. El padre se **negó a entregarlo** y conservó ese documento, que hoy es prueba clave de la verdadera condición del bebé en esos días cruciales.

Irregularidades adicionales en la interconsulta:

- **Fecha de autorización:** El **sello de autorización** del traslado está fechado el **3 de abril de 2018**, es decir, **seis días después del nacimiento** con médula expuesta. Esto confirma una **demora deliberada e inadmisibles**.
- **Clasificación incorrecta:** En la solicitud, el caso se marcó como “**ordinario**” en lugar de “**urgente**”. Esta calificación desvirtúa la gravedad del asunto y **evidencia la intención de minimizar los hechos** para evitar alertas médicas o administrativas mayores.

Durante esos **seis días de espera**, lejos de brindar cuidados intensivos, lo que se hizo fue **negligente y potencialmente criminal**:

- Realizaron “**curaciones**” **improvisadas** sobre la médula expuesta utilizando **gasas, agua, jabón y antibióticos**, sin ningún protocolo estéril, ni protección neuroquirúrgica.

Sin neurocirujano presente: Ningún especialista evaluó al niño en ese lapso. **Cualquier médico competente** sabe que una médula espinal expuesta es una urgencia máxima. La ausencia de reacción solo puede explicarse por **ocultamiento** (intentar que la lesión “no parezca tan grave”) o por **encubrimiento** (ganar tiempo para diluir responsabilidades).

Este periodo inicial estableció un **patrón de encubrimiento médico e institucional: minimizar, negar, ocultar, simular y revictimizar**. La vida de V.E.J.G.M. estuvo en peligro desde su primer aliento, y quien lo puso en riesgo fue **el propio Estado mexicano a través de sus agentes de salud**.

Violaciones de Derechos en este tramo (marzo-abril 2018):

- **Derecho a la vida e integridad personal** (Art. 4 y 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos – CADH; Art. 1 Constitución Mexicana): La falta de atención inmediata puso en riesgo la vida del recién nacido y causó daños irreversibles a su integridad física.
- **Derecho a la salud** (derivado del Art. 4 Constitución Mexicana y obligaciones del Estado en tratados como la Convención sobre los Derechos del Niño – CDN, Art. 24): El niño no recibió la atención médica apropiada.
- **Principio del interés superior del menor** (Art. 3 CDN; Art. 4 Constitución Mexicana): Las decisiones debieron priorizar la supervivencia y bienestar del niño, algo que las autoridades médicas ignoraron.
- **Obligación de debida diligencia:** La inacción deliberada de los médicos viola la obligación del Estado de **prevenir y atender un daño** cuando tiene conocimiento de una situación de peligro.
- **Principio pro persona y no regresividad** (Art. 1 Constitución Mexicana; jurisprudencia interamericana): En vez de dar la máxima protección al derecho a la salud y la vida del menor, las autoridades actuaron para restringirlo o negarlo.

3. Traslado a Hermosillo y Omisiones Hospitalarias (3-4 de abril de 2018)

Finalmente, el **3 de abril de 2018**, tras conseguir la autorización tardía, la familia trasladó al bebé a Hermosillo. Aquí se esperaría que, al llegar a la capital del estado, la reacción institucional fuese distinta, pero nuevamente se encontraron con **omisiones alarmantes**:

- **Paso por el CIAS del ISSSTESON:** Al arribar a Hermosillo, se presentaron en el **Centro Integral de Atención a la Salud (CIAS)** del ISSSTESON. Un enfermero retiró parcialmente la gasa de la herida y, al **constatar la gravedad del caso**, simplemente indicó que acudieran a otro hospital. **No activó protocolos, no pidió una ambulancia, ni brindó apoyo institucional alguno**. Este actuar **omisivo** es incomprensible: **teniendo conocimiento del estado crítico del menor**, el CIAS optó por **no involucrarse ni responsabilizarse**, perpetuando la cadena de negligencias. Constituye una **omisión institucional consciente**.
- **Ingreso al Hospital Infantil Ignacio Chávez (ISSSTESON):** Por sus propios medios, la familia llegó a este hospital público. Inicialmente **fueron ignorados en la admisión**, hasta que **un pediatra** (cabe destacar: **el único profesional que actuó adecuadamente en todo este episodio inicial**) se acercó al ver la situación:
 - **Actuación del pediatra:** Se alarmó al examinar al bebé y **ordenó su ingreso inmediato**. Acto seguido, contactó a un **neurocirujano** (que incluso estaba de vacaciones), quien, tras conocer el cuadro, **ordenó preparar quirófano para operar a primera hora del día siguiente**.
 - **Estado del bebé al ingreso:** El niño tenía **la médula espinal expuesta, gasas sucias y contaminadas** en la herida (llegó a tener contacto con heces por la posición de la lesión), y **sin diagnóstico formal** en su expediente, lo que evidencia la **ausencia de documentación** de lo ocurrido en Huatabampo. Es decir, el **encubrimiento médico inicial** fue tal que ni siquiera se contaba con una **referencia clínica** apropiada al momento de ingresar al hospital de Hermosillo.

4 de abril de 2018 – Cirugía de urgencia y postoperatorio inmediato:

En la mañana del **4 de abril de 2018**, se realizó la **cirugía neuroquirúrgica** para cerrar la lesión en la espalda de V.E.J.G.M. Esta intervención tardía fue posible gracias a la acción del pediatra que actuó conforme al deber y del

neurocirujano que, a pesar de estar fuera, entendió la urgencia. No obstante, **incluso en el contexto de la cirugía, persistieron irregularidades:**

- **Falta de transparencia médica:** Tras la operación, **no se entregó a los padres un informe quirúrgico completo** ni notas posoperatorias claras. **Nadie explicó** detalladamente qué se hizo, qué se encontró (por ejemplo, si había signos de un traumatismo iatrogénico o confirmación de un defecto congénito), ni las posibles consecuencias o cuidados especiales que el niño requeriría. Esta **falta de información** vulnera el derecho a la salud en su faceta de **acceso a información médica** y el derecho de los padres a la **verdad sobre la salud de su hijo**.
- **Seguimiento deficiente inmediato:** A pesar de tratarse de un **lactante con una lesión neurológica severa, recién operado, sin diagnóstico etiológico claro** y con alto riesgo de complicaciones, **el seguimiento hospitalario fue mínimo y superficial**. Hubo un **trato distante y frío** por parte de las autoridades del hospital, que parecían más preocupadas por **desentenderse pronto del caso** que de garantizar una atención adecuada.

Esta cirugía marca el final de la fase aguda inicial, pero abre paso a una nueva forma de vulneración: **el abandono institucional posoperatorio**.

Violaciones de Derechos en este tramo (abril 2018, cirugía y postoperatorio):

- **Derecho a la salud e integridad (Art. 5 CADH; Art. 4 Const.):** La ausencia de información médica post-cirugía y la falta de seguimiento adecuado comprometieron la rehabilitación y el bienestar del menor.
- **Derecho a la información y al consentimiento informado:** Los padres no fueron debidamente informados, violentando normas de bioética y leyes de salud (Ley General de Salud en México, por ejemplo, que prevé el derecho del paciente –o sus tutores– a información veraz).
- **Deber de especial protección a persona con discapacidad:** Ya desde este punto era previsible que el niño enfrentaría una discapacidad permanente. La **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)** y la **Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)** obligaban a brindar **atención preferente, accesible y adecuada** –lo cual no sucedió.
- **Violación del principio de debida diligencia:** Las autoridades de salud (ISSSTESON) **no actuaron con la prontitud ni el cuidado exigibles** incluso tras la cirugía: no planificaron rehabilitación ni evaluaciones integrales, incumpliendo su obligación de brindar cuidados continuos.

4. Abandono Institucional y Falta de Rehabilitación (Abril – Diciembre 2018)

Tras la cirugía del 4 de abril, V.E.J.G.M. **no recibió la atención continua que su condición requería**. Los siguientes meses estuvieron marcados por la **indiferencia y la omisión sistemática:**

- **Egreso sin plan de rehabilitación:** El menor fue dado de alta **sin ninguna indicación clara** de rehabilitación temprana, ni referencia a especialistas en neurología pediátrica, urología (dado que lesiones de este tipo suelen causar vejiga neurogénica) o terapia física. **No se programaron citas de seguimiento especializadas**.
- **Omisión de terapias y vigilancia:** Durante los meses subsiguientes:
 - Las **consultas médicas fueron esporádicas**, usualmente con médicos generales o sin la especialización necesaria.
 - **No se dio seguimiento al desarrollo del niño:** se ignoraron señales de **retraso psicomotor**, falta de movilidad normal en extremidades inferiores, problemas de control de esfínteres, etc.
 - **No hubo fisioterapia, terapia ocupacional ni de lenguaje** proporcionada por el sistema de salud. En casos de mielomeningocele, la intervención temprana es clave para maximizar habilidades; su ausencia es una **negligencia grave**.
- **Consecuencias en la salud de V.E.J.G.M.:** Debido a esta falta de atención, el niño empezó a manifestar

dificultades motoras, incontinencia crónica, debilidad muscular progresiva y eventualmente **signos de retraso en desarrollo** en comparación con otros niños. Muchas de estas secuelas **podrían haberse mitigado** con atención oportuna; la **omisión estatal las hizo más severas e irreversibles**.

En paralelo, la familia comenzó a **alzar la voz** para exigir respuestas:

- **Negativa a la impunidad:** Los padres buscaron explicaciones en ISSSTESON y en autoridades locales, pero encontraron evasivas y trabas. Empezaba a configurarse la **lucha de la familia contra la burocracia y la impunidad**.

7 de diciembre de 2018 – Represalia laboral contra el padre:

En lugar de recibir apoyo, la familia enfrentó **represalias**. Víctor Manuel Gutiérrez (padre) era miembro de la **Policía Procesal del Estado de Sonora**. En esta fecha fue **despedido injustificadamente**. El despido fue una **respuesta directa a sus denuncias y exigencias de justicia por la negligencia médica**. Las implicaciones de esta acción son sumamente graves:

- Al despedirlo, se buscó **callar al denunciante** y, peor aún, **se dejó al niño sin el derecho a la salud** que tenía por ser beneficiario de ISSSTESON a través de su padre. Fue una **doble victimización**: castigar al padre quitándole su empleo y **dejar al menor sin servicios médicos** en el único lugar donde, aunque insuficientes, le estaban atendiendo.
- Esta represalia viola derechos laborales, pero sobre todo, **violenta el interés superior del menor y su derecho a la salud**, al **quitarle arbitrariamente su cobertura médica**. Se sacrificó el bienestar de un niño enfermo en aras de silenciar una queja legítima.

Violaciones de Derechos en este tramo (postoperatorio 2018 y despido):

- **Derecho a la salud y rehabilitación:** El Estado (ISSSTESON) no garantizó la atención continua que la condición demandaba, incumpliendo obligaciones derivadas de **CADH Art. 26 (derechos económicos, sociales y culturales)** e incluso de la **Ley General de Víctimas** (que prevé medidas de asistencia médica para víctimas de delitos o violaciones de derechos).
- **Derechos laborales del padre:** El despido injustificado viola derechos laborales (Art. 123 Const. Mexicana) y tratados de la OIT, pero en este contexto se analiza sobre todo como **represalia por ejercer el derecho a la petición y acceso a la justicia** (Art. 8 y 25 CADH; Art. 17 Const. Mexicana sobre derecho de acceso a la justicia).
- **Derecho del niño a medidas de protección especiales:** Al privarlo del seguro médico, el Estado falló en su deber de protección reforzada a un **niño con discapacidad** (CDN Art. 23; CDPD Arts. 4, 25 y 26 sobre habilitación y rehabilitación).
- **Principio de no regresividad:** Quitarle un servicio de salud del que gozaba es una regresión en la protección de un derecho social fundamental, contraviniendo el principio de **progresividad** (CADH Art. 26; Protocolo de San Salvador) y la propia Constitución (Art. 1, que prohíbe medidas regresivas en derechos humanos).

5. Negligencia del Abogado y Demora en la Acción Penal (2019-2020)

14 de diciembre de 2018 – Actuación negligente del abogado particular:

Ante la evidente negligencia médica y ya con el despido consumado, la familia contrató al abogado **Alonso Hernández** para iniciar acciones legales penales. En esa fecha, **entregaron al abogado toda la documentación** del caso, esperando que presentara **denuncias penales urgentes** contra los responsables. Sin embargo, **el abogado incumplió su deber**:

- **Omisión deliberada:** El abogado **no presentó la denuncia penal en 2018 ni en los meses inmediatos**. **Postergó inexplicablemente** la acción hasta el **7 de septiembre de 2020** (casi un año y nueve meses después). Esta demora no puede calificarse de simple negligencia; los indicios apuntan a que fue **una acción deliberada**, posiblemente motivada por **intereses económicos o colusión con las autoridades o los perpetradores**.

- **Consecuencia de la demora:** Al retrasar la denuncia penal hasta 2020, se favoreció a los responsables. Para cuando la acción legal empezó a avanzar:
 - Los médicos inicialmente implicados (tres profesionales) **fallecieron entre 2021 y 2022** (fechas de defunción: 28/04/2021, 18/02/2022 y 17/06/2022). Esto **extinguió la posibilidad de procesarlos penalmente**. Si la denuncia se hubiera presentado oportunamente en 2018 o inicio de 2019, probablemente se habrían tomado declaraciones y establecido responsabilidades antes de sus muertes.
 - No había ya imputados vivos para señalar, y la **Fiscalía se escudó en ello para no profundizar** la investigación. **No se exploraron otras líneas** (como la responsabilidad de la clínica, del ISSSTESON o de personal auxiliar).
- La conducta del abogado refleja **falta de ética profesional** y sugiere un **pacto de silencio o protección** hacia la red institucional responsable. En un caso de violación grave a derechos humanos, su actuar encaja en lo que se puede llamar "**violencia institucional por omisión**", al privar a la víctima de acceso a la justicia.

15 de febrero de 2019 – Amparo Indirecto 186/2019:

Paralelamente a la vía penal (que el abogado retardó), la familia buscó amparo para obligar al ISSSTESON a brindar la atención médica que había negado. Presentaron una demanda de **amparo indirecto (expediente 186/2019)** ante el Juzgado Primero de Distrito en Hermosillo. Lo que sucedió con este amparo es una pieza clave de la "**farsa institucional**":

- **El juez citó ampliamente derechos y tratados:** En su sentencia, **enumeró tratados internacionales (Convención Americana, Convención de Derechos del Niño, CDPD)**, artículos constitucionales (el derecho a la salud, interés superior del menor) y principios como el **pro persona** e **interés superior del menor**. Parecía, en la forma, un fallo comprometido con los derechos humanos.
- **Protección insuficiente:** Sin embargo, **el resolutivo fue escandalosamente insuficiente:** el juez ordenó **solo ocho semanas de atención médica** para el niño, como si en ese plazo se resolviera de manera integral su situación. Tras esas ocho semanas, de acuerdo con la sentencia, el ISSSTESON **podía cesar la atención**, sugiriendo que la familia acudiera al Seguro Popular (un sistema de salud público de cobertura básica, que de antemano se sabía era **incapaz de manejar las necesidades especializadas de V.E.J.G.M.**).
- **Contradicción y revictimización:** Esta sentencia fue una **simulación de justicia**. Bajo la **retórica "garantista"** escondió un **fondo revictimizante**. El juez **priorizó la protección de la institución (ISSSTESON)**, dándole una salida rápida (solo 8 semanas de obligación), en lugar de garantizar los derechos permanentes del niño. En la práctica, el **Estado judicializó la negación de servicios médicos**, limitando temporalmente un derecho que debía ser continuo. Así, el **Poder Judicial Federal** se hizo partícipe del **encubrimiento institucional**:
 - **Violó el principio de no regresividad y pro persona:** al establecer una restricción temporal arbitraria.
 - **Desconoció el interés superior del menor:** ninguna consideración real se tuvo de que se trataba de un niño con discapacidad permanente que requeriría atención de por vida.
- **Humanidad del victimario vs. inhumanidad judicial:** Paradójicamente, **al cumplirse las ocho semanas (13 de abril de 2019)**, ISSSTESON **NO suspendió inmediatamente el servicio médico** del niño, a pesar de estar facultado para ello por la sentencia. **Continuó brindando la atención algunos meses más**. Esto resultó irónicamente en que **el propio ISSSTESON –la institución originalmente negligente– mostró más compasión** que el juez. El Estado, a través de su juez, actuó con menos humanidad que el ente al que debía regular:
 - Para la familia, sin saber los detalles del amparo (porque el abogado no se los comunicó claramente), la continuidad del servicio pareció "**normal**", cuando en realidad era una **gracia discrecional del ISSSTESON**. Esto mantuvo a la familia en la **ignorancia e incertidumbre**, dependiendo de la voluntad del responsable del daño para seguir recibiendo tratamiento.
 - El abogado, durante este tiempo, **guardó silencio** sobre la precariedad jurídica de la atención. Nunca advirtió a la familia: "**tienen solo 8 semanas garantizadas, luego dependerán de ISSSTESON**". Este

silencio cómplice impidió que los padres tomaran acciones inmediatas (como impugnar la sentencia).

Conclusión sobre esta etapa (2019): El sistema judicial federal en ese momento no solo **falló en proteger a V.E.J.G.M.**, sino que **validó la revictimización**. La complicidad entre el juez y el abogado (quien no transparentó la información) mantuvo a la víctima sin remedios efectivos. **Se violaron las garantías judiciales (Art. 8.1 CADH) y la protección judicial efectiva (Art. 25 CADH)**, pues el amparo resultó ilusorio. También se contravino la **Convención de los Derechos del Niño (Art. 3, 4, 24)** al no asegurar la protección especial debida.

6. Formalización de la Denuncia Penal y Obstáculos (2020–2022)

Denuncia penal (Carpeta SON/HER/FGE/2020/091/37080):

Finalmente, en **septiembre de 2020**, con enorme retraso, se interpuso la **denuncia penal** por responsabilidad médica ante la **Fiscalía General de Justicia del Estado de Sonora (FGJES)**, registrándose la carpeta antes mencionada. Desde su inicio, esta investigación penal se caracterizó por la **inacción y negligencia**:

- **Años de inactividad (2020-2022):** La Fiscalía **no practicó diligencias relevantes** durante dos años. No hubo citatorios importantes, ni recolección de evidencia adicional, ni peritajes claros. Esta inacción fue **letal para la justicia**, pues:
 - Como se mencionó, **los tres médicos imputados fallecieron** en ese lapso, extinguiendo la acción penal contra ellos. Pese a ello, la Fiscalía **no redirigió la investigación** hacia:
 - **La Clínica Santa Fe** (responsable solidaria como institución de salud subrogada, posible responsabilidad civil o administrativa).
 - **Personal auxiliar (enfermeros, técnicos)** que participaron en el parto o manejo inmediato.
 - **Funcionarios de ISSSTESON** que pudieron haber incurrido en **omisiones de supervisión** o encubrimiento.
 - La **debida diligencia** exigía que, ante la muerte de los imputados iniciales, se **ampliara la pesquisa** hacia otros responsables. La Fiscalía **omitió hacerlo**, mostrando un **interés nulo** en la verdad real de lo ocurrido.
- **Queja ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos (CEDH) – 2021:** Desesperados por la inacción fiscal, los padres presentaron una queja ante la CEDH de Sonora, alegando violaciones a sus derechos como víctimas (falta de acceso a la justicia, retardo injustificado). El resultado fue igualmente decepcionante:
 - La **CEDH no intervino efectivamente**. Tras un largo tiempo sin avances, **en 2024 resolvió no admitir la queja**, cerrándola sin pronunciamiento de fondo. Esta resolución esquivó analizar si la Fiscalía violó derechos de las víctimas.
 - La familia impugnó ante la **CNDH (Comisión Nacional de Derechos Humanos)** la decisión de la CEDH, pero la **CNDH desechó la impugnación**, rehusando investigar el caso.
 - Así, **los organismos públicos de derechos humanos** –tanto estatal como nacional– **fallaron** en su misión de tutelar derechos, actuando más como **cómplices pasivos** de la injusticia que como garantes de las víctimas.

Agosto de 2024 – “No ejercicio de la acción penal”:

Tras casi cuatro años de proceso penal estancado, la FGJES, en agosto de 2024, notificó al padre de V.E.J.G.M. un **acuerdo de “no ejercicio de la acción penal”**. Esto significa que la Fiscalía **decidió cerrar la investigación sin acusar a nadie** (justificada en que los imputados habían fallecido, sin aparentemente haber hallado otras culpas).

- **Indefensión de la víctima:** Al notificársele esta resolución, Víctor Manuel (padre) se halló **sin abogado y sin recursos** para contratar uno de inmediato. La FGJES, a pesar de saber que se trataba de **víctimas (incluyendo un menor con discapacidad)**, **no les proveyó un asesor jurídico victimal** en ese momento crucial, como es su obligación (Art. 20 apartado C fracción I de la Constitución Mexicana y Ley General de Víctimas). Esto fue una falta grave, ya que un asesor habría guiado los pasos a seguir.

- **Reacción del padre – Impugnación del no ejercicio:** Aun sin apoyo legal, el padre actuó con prontitud. Presentó un **recurso de inconformidad** ante un juez de control para que revisara la legalidad de la decisión del Ministerio Público. Lo hizo dentro del plazo legal, evitando que el “no ejercicio” quedara firme. Destaca que **el principio del interés superior del menor** obligaba a las autoridades a ser proactivas, incluso a “**suplir la deficiencia de la queja**” a favor de la víctima niño. Aquí, esa carga recayó únicamente en los hombros del padre.

27 de septiembre de 2024 – Reapertura del caso penal (Juez de Control):

La impugnación llegó al **Juez de Control de Huatabampo (Juez Gustavo Méndivil A.)**, quien en audiencia resolvió **revocar la determinación de no ejercicio** y ordenó reabrir la investigación:

- El juez reconoció que **archivar el caso solo porque los imputados murieron era improcedente**. Afirmó el **derecho de las víctimas a que no se clausure la investigación indebidamente**.
- Ordenó al Ministerio Público **agotar diligencias** para esclarecer la verdad, incluyendo la posibilidad de investigar a otros responsables (como la clínica u autoridades sanitarias).
- Esta decisión fue un **triunfo parcial**: la justicia local reconoció el derecho a la verdad y la investigación completa. Sin embargo, no fue final.

Apelación del Ministerio Público y confirmación (28 de noviembre de 2024):

El Ministerio Público, incómodo con la reapertura, apeló la decisión. El asunto llegó al Tribunal de Alzada (un Tribunal Colegiado Regional del Segundo Circuito, al parecer):

- El **28/11/2024**, el tribunal de segunda instancia **confirmó íntegramente la resolución del juez de control**. Ratificó que debía continuarse la investigación, incluyendo considerar a **otras personas** en la trama de responsabilidades.
- Esta resolución de alzada quedó **firmes y notificada** ese mismo día tanto al MP como al padre de la víctima (vía correo electrónico). Ya no había escapatoria legal: la **Fiscalía debía reactivar la investigación**.

Inacción pos-reapertura (Dic 2024 – Feb 2025):

Sorprendentemente (o quizá no, dado el patrón), a pesar de tener un mandato judicial, la Fiscalía **permaneció prácticamente pasiva** tras noviembre de 2024. No realizaron diligencias nuevas ni se comunicaron con las víctimas. En los hechos, ignoraron la sentencia.

25 de febrero de 2025 – Gestiones del padre ante el MP:

Ante el silencio fiscal, el padre de V.E.J.G.M.:

- Presentó un **escrito ante la Agencia del MP** solicitando **copia actualizada de la carpeta** y la **reclasificación jurídica del delito**. Argumentó que los hechos podrían constituir **otros delitos (p.ej. asociación delictuosa)** e involucrar a **más personas** (ISSSTESON, Clínica Santa Fe, etc.).
- Hasta la fecha de presentación a CIDH, **no hubo respuesta** del MP a ese escrito, ni siquiera un contacto, lo cual es otra **omisión al deber de atender a la víctima** (violando la Ley General de Víctimas, que impone mantener informadas a las víctimas).

25 de febrero de 2025 – Gestiones ante el Juzgado de Control:

El mismo día, los peticionarios acudieron al Juzgado de Control de Huatabampo solicitando que se **exigiera a la Fiscalía cumplir** la sentencia de alzada:

- Pidieron que el juez requiriera: (i) la **judicialización** de la carpeta (presentar acusación formal si había elementos) o una nueva determinación fundada; (ii) la práctica de diligencias pendientes; (iii) reclasificación del delito; (iv) pronunciamiento sobre otros posibles imputados.
- **28 de febrero de 2025 – Respuesta indebida del Juzgado:** En vez de una respuesta sustantiva, el juzgado emitió un **acuerdo firmado por personal administrativo** (Jefa de Causas) indicando “no ha lugar por el momento”, bajo un argumento **falso**: que el MP interpuso apelación y no había resolución de alzada. Esto era

mentira, pues la resolución existía desde noviembre de 2024. Además, que lo firme personal administrativo y no el juez **sugiere irregularidad**. Encima, no notificaron de inmediato al padre; éste se enteró hasta el 7 de marzo de 2025 tras apersonarse varias veces. Esta actuación del juzgado:

- **Obstaculizó la justicia:** negando en los hechos la petición de la víctima.
- **Violó el debido proceso:** un acuerdo sin juez firmante sobre materia sustantiva es cuestionable.
- Evidencia **falta de transparencia y diligencia** judicial en hacer cumplir su propia resolución.
- **10 de marzo de 2025 – Reiteración del padre:** Víctor Manuel presentó otro escrito, esta vez anexando copia de la sentencia de alzada para “recordarle” al juzgado su existencia, y pidió notificaciones electrónicas en adelante.
- Finalmente, **14 de marzo de 2025**, el Juzgado de Control corrigió rumbo:
 - Admitió el escrito del padre.
 - Programó una **audiencia preliminar para el 24 de abril de 2025** a las 8:45 horas, con notificación electrónica a las partes. En dicha audiencia se espera instar formalmente al MP a cumplir con su deber y revisar avances. *Al momento de esta petición a la CIDH, esa audiencia está pendiente de realizarse.* La necesidad de esta audiencia extra revela **cómo incluso con resoluciones favorables, la familia debe rogar por su cumplimiento, prolongando la incertidumbre.**

Violaciones de Derechos en este tramo (2020-2025, vía penal):

- **Derecho de acceso a la justicia (Art. 8 y 25 CADH):** La demora injustificada de la fiscalía y la emisión de un no-ejercicio sin agotar la investigación constituyen denegación de justicia.
- **Derecho a la verdad:** Impedido por la inacción, la verdad de lo ocurrido sigue oculta; esto también vulnera derechos de la familia.
- **Derecho a la protección judicial de las víctimas (Art. 7 Ley General de Víctimas):** No se les brindó asesor jurídico oportuno, ni se garantizó su participación informada.
- **Interés superior del menor:** Fue ignorado sistemáticamente en la fase penal, pues en ningún momento se flexibilizaron procedimientos para adaptarlos a la situación del niño víctima.
- **Principio de debida diligencia en la investigación de violaciones graves:** Un niño con daño severo por posible negligencia médica ameritaba una **investigación seria y expedita**. La omisión de la FGJES en este aspecto compromete la **responsabilidad internacional del Estado** (pues la impunidad es contraria a los Art. 1.1 y 2 de CADH, por la falta de garantías).
- **Violación a derechos consagrados internamente:** Art. 20 Constitucional apartado C (derechos de las víctimas en proceso penal, inc. derecho a asesoría jurídica), fue pasado por alto.

7. Actuación de la Comisión Estatal de Víctimas (CEEAV Sonora) – 2024

Tras el cierre inicial de la vía penal en agosto 2024 (antes de la reapertura judicial), la familia acudió a la **Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas de Sonora (CEEAV Sonora)** buscando **apoyo integral** y su inscripción en el Registro Estatal de Víctimas.

- **9 de septiembre de 2024 – Solicitud a CEEAV:** Se abrió el expediente **CEEAV-NUS-385-2024**, reconociéndose formalmente:
 - V.E.J.G.M. como **víctima directa** (de delito de negligencia médica).
 - Sus padres como **víctimas indirectas**.

- En la solicitud, pidieron **medidas de ayuda urgentes**: atención médica y rehabilitación especializada para el niño, apoyo psicológico, cobertura de gastos básicos (medicamentos, pañales), apoyo en traslados para tratamientos, alojamiento si tenían que viajar, protección y, crucialmente, **asesoría jurídica**.
- **Respuesta lenta y limitada**: La CEEAV **tardó en reaccionar**. El padre tuvo que enviar **recordatorios (ej: escrito del 24 de octubre de 2024)** para instarlos a actuar.
- **17 de octubre de 2024 – Apoyo jurídico parcial**: Finalmente, la CEEAV aprobó **solo una parte** de la ayuda: decidió cubrir honorarios de un **abogado particular (Lic. Jesús Alán Robles Díaz)**, designado por la propia Comisionada Estatal, con recursos del Fondo Estatal de Ayuda, por **\$18,214.58 MXN**. Es decir, contrataron (financiado por el Estado) un abogado para la familia.
 - Este abogado fue presentado como **asesor jurídico victimal**. La familia lo aceptó ante la falta de alternativas.
 - Sin embargo, la designación de alguien cercano a la Comisionada generó dudas sobre su independencia. *En la práctica, resultó ser más un trámite para decir que “brindaron ayuda” que una solución real.*
- **Negativa a otras medidas de ayuda**: En varias comunicaciones oficiales en 2024 (p. ej. oficios CEEAV-SON-UE/1467/2024 y 2047/2024), la CEEAV **denegó el resto de apoyos solicitados**, argumentando que **no podían otorgarlos hasta no contar con una sentencia judicial firme que fijara la reparación del daño**.
 - Es decir, **condicionaron la ayuda inmediata a la conclusión del proceso judicial**. Esto es un **error gravísimo** de interpretación de la ley:
 - La **Ley General de Víctimas** y las leyes estatales derivadas prevén **medidas de ayuda inmediata, emergente, sin esperar sentencia**. Las **medidas de rehabilitación y asistencia** no dependen del resultado final del juicio; son derechos autónomos de las víctimas.
 - Al exigir sentencia, la CEEAV **incumplió su obligación de asistencia oportuna**. En la práctica, **dejaron desprotegido al niño en lo que durara el juicio** (que, como se ve, puede tardar años). Esto contradice totalmente el espíritu de las leyes de víctimas.
- **Ausencia de atención integral**: No consta que la CEEAV:
 - Haya proporcionado **atención médica especializada** o facilitado acceso a clínicas de rehabilitación.
 - Haya otorgado **apoyos económicos de emergencia** o en especie (salvo la asesoría jurídica).
 - Haya implementado **medidas de protección** (por ejemplo, si la familia hubiera sufrido hostigamiento).
 - Solo se registran unas **pocas sesiones de terapia psicológica** ofrecidas mediante una red de apoyo psicosocial externa, que fueron esporádicas e insuficientes.

En resumen, la **CEEAV Sonora falló** en su mandato: **no brindó una atención integral e inmediata** a la víctima, a pesar de estar inscrito en el Registro Estatal y tener claros derechos a recibirla. Esto **agravó la vulnerabilidad del menor** y su familia en 2024, y es parte del **contexto de agotamiento de vías internas**.

Violaciones de Derechos por CEEAV:

- **Derecho a la ayuda y asistencia a víctimas (Ley General de Víctimas)**: La CEEAV incumplió artículos clave de la LGV que obligan a brindar ayuda emergente. Violó principios de **debida diligencia** y **trato humanizado** hacia víctimas.
- **Principio de interés superior del menor**: Ignorar la urgencia de un niño con discapacidad y condicionar ayuda a un juicio ignora este principio y **el principio de no revictimización**.
- **Derecho a la salud y rehabilitación**: La inacción de la CEEAV contribuyó a la prolongación del daño en la salud del niño (al no facilitar terapias, por ejemplo), contraviniendo obligaciones de protección especial (CDN

- **Igualdad y no discriminación:** En la práctica, tratar a esta familia como peticionarios de “segunda clase” (no darles nada hasta sentencia) puede interpretarse como una **discriminación indirecta** por su condición de víctimas de negligencia médica y por la discapacidad del menor, ya que se les negó lo que a otras víctimas (por ejemplo de delitos de alto impacto) sí se otorga con prontitud.

8. Recursos Legales Federales (Amparos) y Respuestas Judiciales (2024–2025)

Frente a la falta de resultados en la justicia local (penal) y en la instancia de víctimas, la familia recurrió al **Poder Judicial Federal** mediante **juicios de amparo indirecto**, buscando algún remedio. Se promovieron varios:

- **15 de noviembre de 2024 – Amparo Indirecto 1876/2024 (Juzgado 11° Distrito, Sonora):**
Víctor Manuel presentó un amparo reclamando:

1. **Omisión de la CEEAV Sonora** al no brindar las ayudas (violando LGV).
2. **Dilaciones e irregularidades de la FGJES** en la investigación penal (especialmente tras fallecer imputados, no buscaron más responsables).
3. **Actuaciones del Juez de Control** que permitieron la inacción (por ejemplo, no suplir queja en favor del menor en 2024 al tramitar la impugnación contra el no ejercicio).

Como prueba, se adjuntaron oficios de la CEEAV negando apoyos, videos, constancias de quejas disciplinarias contra funcionarios, etc. A pesar de lo sólido:

- El Juzgado 11° **entorpeció la admisión:** puso requerimientos formales (prevenciones), retardando el trámite.
- Finalmente, el **1 de diciembre de 2024 desechó** la demanda, negándose a admitirla, seguramente argumentando alguna improcedencia.
- Se interpuso recurso de queja (214/2024) ante un Tribunal Colegiado, pero en febrero de 2025 el Colegiado **confirmó la improcedencia:** la queja fue desechada y el amparo quedó no admitido.
- **Diciembre de 2024 – Amparo Indirecto 2094/2024 (otro Juzgado de Distrito):**
Casi simultáneamente, se promovió **otro amparo**, más enfocado a **lograr protección inmediata para el menor**. Se pidió **suspensión provisional** para que se ordenara a autoridades (sobre todo CEEAV) dar apoyos urgentes:
 - El Juzgado negó la suspensión provisional (y luego la definitiva), es decir, **no otorgó medidas cautelares** para proteger al niño.
 - Se interpuso queja (209/2024), pero en febrero 2025, el Colegiado declaró **improcedente la queja**, confirmando la negativa de suspensión.
 - Resultado: en 2024 **no se obtuvo protección cautelar vía amparo**. El mensaje para la familia fue devastador: **ni siquiera el amparo estaba actuando** para salvar al niño de la desatención.
- **29 de enero de 2025 – Amparo Indirecto 88/2025 (Juzgado 11° Distrito):**
Persistiendo la problemática, el padre volvió a presentar su demanda de amparo, integrando todo lo anterior. El Juzgado 11° de Distrito, que antes lo desechó, ahora admitió el caso consolidando los planteamientos previos bajo un nuevo expediente:
 - Se admitió a trámite (subsanaron detalles formales) pero **de nuevo negó la suspensión provisional**. Así que durante su tramitación, no hubo medidas protectoras.
 - **18 de febrero de 2025 – Sentencia en 88/2025:** Sorprendentemente, el juzgado **sobreseyó** (cerró sin resolver el fondo) argumentando que **ya no había materia** porque la CEEAV **había otorgado**

“parcialmente” un apoyo (la asesoría jurídica). Es decir, para el juez, el hecho de que la CEEAV hubiera designado al abogado en octubre 2024 significaba que la demanda de amparo ya carecía de objeto.

- Este criterio es sumamente restrictivo: ignoró **todos los demás agravios y omisiones** (salud, rehabilitación, etc.) basándose en un “cumplimiento” mínimo.
- De nuevo, la justicia federal **eludió pronunciarse** sobre violaciones evidentes, aferrándose a tecnicismos. No analizó el fondo (p. ej., si la CEEAV actuó mal al condicionar ayudas, o si la FGJES violó derechos).
- El padre, inconforme, interpuso recurso de **revisión (presentado el 3 de marzo de 2025)** contra el sobreseimiento, argumentando que no se repararon los derechos vulnerados. Esta revisión fue admitida y está en trámite ante un Tribunal Colegiado (No. 2025146607/1000/021). Se espera que en 2025 el Colegiado se pronuncie; la familia confía en que revoque el sobreseimiento y ordene entrar al fondo. Pero por ahora, **no hay amparo firme que les reconozca nada.**
- **11 de febrero de 2025 – Amparo Indirecto 442/2025 (Juzgado 3º Distrito, Sonora):**
Paralelamente, Víctor Manuel promovió este nuevo amparo ante otro juzgado, enfatizando la **urgencia y peligro en la demora**. Aquí pasó algo distinto:
 - El Juzgado 3º **admitió el mismo día y otorgó de oficio una “suspensión de plano”** en favor del quejoso. La **suspensión de plano** es una medida extrema que se concede de inmediato cuando hay actos que puedan causar daños irreparables.
 - Con esa suspensión, el juez ordenó a las autoridades responsables (CEEAV, autoridades de salud, etc.) **brindar protección inmediata** y cesar omisiones que pusieran en peligro los derechos del niño. Es decir, durante un tiempo en febrero 2025, **existió una orden judicial federal de proteger al menor.**
 - Esa suspensión proporcionó cierta **tranquilidad temporal**: por fin un órgano reconocía la gravedad y otorgaba medidas cautelares.
 - Sin embargo, esta suspensión tenía **carácter provisional**, solo durante la tramitación del juicio.
 - **9 de abril de 2025 – Sentencia en 442/2025:** Se celebró la audiencia constitucional y el juez **sobreseyó el amparo**. ¿Por qué? Según él, **el acto reclamado “ya no subsistía”**: las autoridades, en sus informes, negaron incurrir en omisiones, y el quejoso no “desvirtuó” esas negativas. Básicamente, el juez consideró que al negar los hechos las autoridades, el amparo se quedó sin materia.
 - El resultado fue que **no se otorgó el amparo** y la suspensión de plano quedó sin efectos. De nuevo, **ningún remedio de fondo** llegó por esta vía, y las medidas cautelares se evaporaron con el sobreseimiento.

Solicitud de Intervención de la Suprema Corte (Facultad de Atracción):

Dado que los asuntos planteaban cuestiones relevantes (derechos de un menor con discapacidad, omisiones de autoridades, posible falta de criterios claros en la aplicación de la Ley de Víctimas), los peticionarios pidieron a la **Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN)** atraer el caso:

- El **29 de diciembre de 2024** se presentó una petición de atracción (Fac. Atracción 1808/2024), argumentando la urgencia y trascendencia del caso. Se invocaron:
 - Artículos constitucionales (1º, 4º, 14, 17, 94, 105, 107).
 - Ley de Amparo y Orgánica del Poder Judicial.
 - Tratados internacionales (CADH, CDN, CDPD) y precedentes de la SCJN sobre interés superior de la niñez, etc.
- **11 de enero de 2025 – Resolución SCJN:** La Segunda Sala de la Corte decidió **no ejercer la facultad de**

atracción, dejando el caso a los tribunales colegiados. Sin mayor explicación pública, la SCJN se abstuvo de intervenir.

- Esto cerró la última puerta en el ámbito judicial interno. La familia no podía escalar más allá; debía sujetarse a lo que resolvieran (o no) los tribunales ordinarios.

Violaciones de Derechos en la vía de amparo (2024-2025):

- **Derecho a un recurso efectivo (Art. 25 CADH):** Las respuestas del Poder Judicial Federal fueron mayormente **formalistas y evasivas**, negando analizar el fondo de denuncias graves. Un recurso que no resuelve el fondo de la violación no es efectivo.
- **Principio de tutela judicial efectiva:** Los sobreseimientos ante cumplimientos mínimos (como la asesoría jurídica) reflejan una **falta de voluntad judicial para proteger derechos**, contrario a obligaciones internas (Art. 17 Const. Mexicana) e internacionales.
- **Negación de medidas cautelares:** En casos de posibles daños irreparables a un niño, la **negativa sistemática de suspensiones** (salvo la excepción del Juzgado 3º) muestra una **falta de enfoque de derechos humanos y de protección urgente**.
- **No garantía del interés superior:** Aún en sede federal, no se observó una actitud proactiva para salvaguardar al niño. La Ley de Amparo incluso prevé la suplencia de la queja de oficio en temas de interés social o menores, lo que no se aplicó oportunamente.
- **Denegación de justicia:** En su conjunto, las vías de amparo fallidas confirman que **el Estado, en su conjunto (salud, fiscalía, atención a víctimas y tribunales)**, fue incapaz de otorgar justicia y protección a V.E.J.G.M.

9. Gestiones ante Autoridades Federales Ejecutivas (2025)

Agotadas las instancias judiciales y locales, la familia también buscó auxilio en autoridades federales del Poder Ejecutivo:

- **7 de febrero de 2025 – Petición a la Presidencia de la República:**
Víctor Manuel dirigió una carta a la entonces Presidenta **Dra. Claudia Sheinbaum Pardo**, entregada en Palacio Nacional (folio de recibo ID:20250207GUWCP_2). En la carta:
 - Expuso detalladamente el caso, las irregularidades procesales y la falta de acceso a la justicia.
 - Solicitó **intervención presidencial** para garantizar los derechos del niño y su familia.
 - La Unidad de Atención Ciudadana de Presidencia acusó recibo y canalizó la petición a la **Secretaría de Gobernación (SEGOB)** para seguimiento.
- **27 de febrero de 2025 – Respuesta de SEGOB:**
La SEGOB, por medio de la Unidad de Gobierno (Oficio No. UG/DGRCN/221/REP NL/62/2025), respondió a Víctor Manuel. En el oficio:
 - Indican que, en atención al Art. 8º constitucional (derecho de petición), estudiaron el caso pero “lamentan informar” que **no tienen facultades** para resolver, por estar fuera de competencia federal.
 - En esencia, la SEGOB se declaró **incompetente**:
 - Señaló que la presunta negligencia médica y el amparo corresponden al Poder Judicial y autoridades locales.
 - Sugirió, a manera de consejo, que podrían dirigirse a la **Defensoría Pública del Estado de Sonora** (para apoyo jurídico local) y a la **Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)** en Sonora (por la mala praxis).

- Estas recomendaciones fueron **tardías e inútiles**:
 - Ya contaban con un abogado (pagado por CEEAV).
 - La CONAMED es un órgano de conciliación, no vinculante, y a esas alturas (con proceso penal y amparos en curso) su intervención era ociosa.
- En conclusión, la respuesta fue negativa: SEGOB **declinó intervenir o dar seguimiento**. Cumplieron con responder en plazo (evitando violar el derecho de petición formalmente), pero ofrecieron **cero soluciones**.

Con esta respuesta, **todas las vías ejecutivas federales también se agotaron sin remedio**. No había instancia interna alguna a la cual acudir que no se hubiera intentado:

- **Justicia penal local**: tardía y solo reabierto tras esfuerzo titánico, aún sin sentencia ni acusación a la vista.
- **Atención a víctimas local (CEEAV)**: negada en lo esencial.
- **Poder Judicial Federal**: sin otorgar protección ni soluciones de fondo.
- **Organismos de derechos humanos internos**: CEDH no investigó; CNDH ignoró.
- **Autoridades federales**: se declararon incompetentes.

Llegados a este punto, la familia de V.E.J.G.M. **ha agotado todos los recursos internos disponibles en México** (requisito de admisibilidad, Art. 46 de la CADH), o éstos se han mostrado **ineficaces** para reparar las violaciones (configurándose excepciones al agotamiento por denegación de justicia).

III. Violaciones de Derechos Humanos Identificadas

A lo largo de esta cronología, se han configurado múltiples violaciones de derechos humanos, tanto de V.E.J.G.M. (como **víctima directa** y persona menor de edad con discapacidad) como de sus padres (**víctimas indirectas**). Estas violaciones involucran a varias autoridades en distintos niveles. A continuación, se enumeran los principales derechos vulnerados, indicando los instrumentos aplicables y las autoridades responsables:

1. Derecho a la Vida y a la Integridad Personal

Instrumentos Violados: Artículos 4 y 5 de la **Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH)**, en relación con la obligación general de garantía (Art. 1.1 CADH); correlato en **Artículo 1** de la Constitución Mexicana (derecho a la integridad), y **Artículo 4** de la Constitución (derecho a la protección de la salud, como parte del derecho a la vida digna).

Hechos Violatorios:

- Negligencia médica perinatal: No atender de urgencia la lesión y dejar al bebé seis días sin tratamiento adecuado puso en riesgo su vida y le causó daño físico severo.
- Omisiones en rehabilitación: La falta de cuidados postoperatorios, terapias y seguimiento propició el empeoramiento de su condición física, atentando contra su integridad personal y calidad de vida.
- Desamparo médico deliberado (despido del padre): Al privarle de atención médica institucional, se vulneró su derecho a la salud y se le colocó en situación de riesgo vital al no tener garantizada su atención especializada.

Autoridades Responsables:

- Personal médico de la Clínica Santa Fe (subrogada ISSSTESON) y directivos del ISSSTESON por negligencia y encubrimiento (responsabilidad estatal en salud pública subrogada).

ISSSTESON (como institución pública de salud del estado de Sonora) por omisiones en atención y rehabilitación.

- Gobierno del Estado de Sonora (patrón del padre) por despedirlo y con ello lesionar indirectamente el derecho a la salud del menor.
- CEEAV Sonora, por no brindar asistencia médica urgente cuando tenían conocimiento de la situación.
- Autoridades federales de salud y víctimas (en la medida en que la **Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas federal** no supervisó ni apoyó, aunque indirectamente).

2. Derechos del Niño

Instrumentos Violados: Artículo 19 CADH (derechos del niño a medidas especiales de protección); **Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)** – múltiples artículos, especialmente:

- Art. 3 (interés superior del niño, que debe ser consideración primordial en todas las decisiones),
- Art. 4 (obligación del Estado de hacer efectivos los derechos),
- Art. 6 (derecho a la vida, supervivencia y desarrollo),
- Art. 19 (protección contra abusos),
- Art. 23 (derechos de niños con discapacidad a cuidados especiales),
- Art. 24 (derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y acceso a servicios).

También la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)** es aplicable, ya que desde su nacimiento V.E.J.G.M. quedó con una discapacidad permanente:

- Art. 7 CDPD (niños con discapacidad, interés superior),
- Art. 25 (salud, sin discriminación por discapacidad),
- Art. 26 (habilitación y rehabilitación),
- Art. 4 (obligaciones generales de adoptar medidas, no discriminar).

Hechos Violatorios:

- Todas las decisiones médicas y administrativas ignoraron el **interés superior de V.E.J.G.M.**: no se priorizó salvar su salud en el parto, ni garantizar su desarrollo posterior.
- No se le brindó **protección especial por su discapacidad**: al contrario, fue tratado como un paciente cualquiera o incluso con menos consideración.
- La **revictimización institucional** (tener que pelear por atención, vivir en incertidumbre sobre su salud) atenta contra su derecho a un desarrollo pleno y saludable.
- **Falta de accesibilidad**: No se adaptaron procedimientos (legales o de atención) a su condición (por ejemplo, la fiscalía no flexibilizó nada por tratarse de una víctima niño con discapacidad; la CEEAV no implementó protocolos especiales).
- En esencia, **el Estado falló en garantizarle una infancia digna y segura**, vulnerando su derecho a la vida, salud, integridad y desarrollo.

Autoridades Responsables:

- ISSSTESON y Clínica Santa Fe (atención médica negligente).

- FGJES y Poder Judicial (no aplicar suplencia de queja, no trato diferenciado en procedimientos).
- CEEAV Sonora (no activar protocolos específicos).
- Poder Judicial Federal (no conceder medidas urgentes vía amparo).
- **Estado Mexicano en su conjunto:** por no coordinarse para la protección integral de un niño víctima, incumpliendo la protección especial que demandaba.

3. Derecho a las Garantías Judiciales y Protección Judicial

Instrumentos Violados: Artículos **8.1** (debido proceso, derecho a ser oído con garantías) y **25** (recurso efectivo) de la CADH; relacionados con el deber de respeto y garantía (Art. 1.1 CADH). A nivel interno, **Artículo 17** de la Constitución Mexicana (administración pronta y expedita de justicia), **Artículo 20** apartado C (derechos de las víctimas en el proceso penal), **Artículo 1** (deber de autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar derechos humanos).

Hechos Violatorios:

- **Retardo injustificado en la investigación penal (FGJES):** La inacción de 2020 a 2022 sin diligencias, permitiendo la muerte de imputados sin buscar alternativas, constituyó una violación del derecho de la víctima a una investigación diligente. No hubo pronta administración de justicia.
- **Emisión inicial de “no ejercicio de la acción penal”:** Fue prematura e infundada, ignorando pruebas e instancias (p.ej., responsabilidad institucional). Esto privó a la víctima de su día en corte.
- **Falta de asesoría jurídica victimal gratuita:** Al no otorgar un asesor tras el “no ejercicio”, la Fiscalía violó derechos del padre y del menor a recibir asistencia legal (Constitución lo garantiza, LGV lo desarrolla).
- **Obstaculizaciones judiciales (Juzgado de Control):** La demora y respuesta inadecuada del juzgado en febrero 2025 (no cumplir de inmediato la sentencia de alzada, respuesta falsa por personal) violaron el derecho a ser oído y a un recurso sencillo y rápido. Fue un **formalismo dilatorio indebido**.
- **Amparos no efectivos:** Los diversos juicios de amparo sobreseídos sin estudiar el fondo o sin conceder suspensiones, dejaron a la familia sin un recurso efectivo. En particular:
 - El amparo 186/2019 con sentencia limitada a 8 semanas fue un **recurso ilusorio**.
 - Los amparos de 2024-2025 sobreseídos por “cumplimiento parcial” dejaron sin resolver violaciones en curso.
 - Negar suspensiones en casos urgentes quebranta la protección judicial efectiva.
- **Silencio y negligencia del abogado inicial:** Aunque es un actor privado, su colusión afectó directamente las garantías judiciales de la familia (pues los mantuvo en indefensión e ignorancia). El Estado, a su vez, no supervisó la calidad de la defensa que se daba en un caso de interés público (podría haber actuado vía órganos disciplinarios o la propia CEEAV antes).

Autoridades Responsables:

- FGJES (fiscales a cargo de la carpeta).
- Juzgado de Control de Huatabampo (febrero 2025, por manejo negligente).
- Juez Primero de Distrito (amparo 186/2019) por dictar sentencia contraria a estándar de protección.
- Juzgado 11° de Distrito (amparo 1876/24 y 88/25) y Tribunal Colegiado que confirmó la no admisión, por no permitir siquiera la discusión de fondo.

- Juzgado 3° de Distrito (amparo 442/25) – aunque dio suspensión de plano, luego sobreseyó sin fondo, así que también falló en protección completa.
- CNDH y CEDH: por no proporcionar la revisión de la actuación de la fiscalía, dejaron sin recurso a la víctima en sede de DDHH.
- Poder Judicial Federal en su conjunto y SCJN (por no atraer el caso para unificar criterios y garantizar derechos).

4. Derecho a la Igualdad y No Discriminación

Instrumentos Violados: Artículo 24 CADH (igualdad ante la ley) en relación con Art. 1.1 (obligación de no discriminar en el goce de derechos); Artículo 1 Constitucional (prohibición de discriminación, principio pro persona). **Convención de los Derechos de Personas con Discapacidad (CDPD)** Art. 5 (igualdad y no discriminación).

Hechos Violatorios:

- **Trato discriminatorio por condición de víctima y discapacidad:** La familia Gutiérrez Morales fue tratada de manera **inferior** por instituciones que debían protegerla:
 - La **CEEAV Sonora** al condicionar apoyos a una sentencia, básicamente negó a esta víctima derechos que en otros casos (víctimas de delito, de violencias) se otorgan de inmediato. Esto puede interpretarse como que se les discriminó **por ser víctimas de negligencia médica** (casos que quizás esa institución no prioriza) y **por la discapacidad** del niño (al no activar ningún protocolo específico).
 - El **ISSSTESON** y la **Clínica Santa Fe** ofrecieron un estándar de atención inferior al esperado, lo cual, de comprobarse encubrimiento, sugiere que no consideraron la vida de este niño tan valiosa como sus propios intereses corporativos.
 - El **sistema de justicia** no le dio el mismo trato diligente que se daría a, por ejemplo, un caso de alto impacto mediático. Aquí hubo **indiferencia** y **reducción de la importancia** del caso, lo que en la práctica los discriminó como víctimas “incómodas”.
- **Negación de ajustes razonables:** En procedimientos judiciales, ante una víctima menor con discapacidad, se debieron hacer **ajustes razonables** (por ejemplo, mayor flexibilidad en plazos, énfasis en la suplencia de queja, audiencias adaptadas). Esto no ocurrió, contraviniendo la CDPD.
- **Discriminación institucional estructural:** La conjunción de omisiones indica que el Estado mexicano no cuenta con (o no aplicó) **medidas transversales para evitar que las víctimas más vulnerables (niñez, discapacidad) queden desatendidas**. Esto es una falla estructural en garantizar igualdad real.

Autoridades Responsables:

- CEEAV Sonora (por una política restrictiva que afectó a esta familia de forma adversa).
- ISSSTESON / Clínica (si trataron al caso con menos urgencia que otros).
- Poder Judicial (por no adaptar sus actuaciones a la vulnerabilidad de la víctima).
- En general, **todas las autoridades** involucradas, porque debieron contemplar la **interseccionalidad** (niño + víctima de negligencia + discapacidad) y no lo hicieron.

5. Otros Principios Jurídicos Fundamentales Violados

Además de los derechos en sí, hay **principios rectores** del derecho nacional e internacional que han sido transgredidos:

- **Principio pro persona (Art. 1 Constitución Mexicana; jurisprudencia CADH):** En toda la actuación estatal se debe optar por la norma o interpretación más favorable a la persona. Aquí las autoridades eligieron siempre la opción más restrictiva o lesiva (ej. juez de amparo optando por protección 8 semanas en lugar de indefinida; CEEAV eligiendo no ayudar hasta sentencia; etc.).
- **Principio del interés superior del menor:** Mencionado repetidamente, se supone debe guiar todas las medidas relativas a niños (Art. 3 CDN; Art. 4 Const.). Claramente no fue la consideración primordial; se vio subordinado a trámites, formalismos y hasta intereses de los perpetradores.
- **Principio de debida diligencia:** Tanto en la atención médica (deber de cuidado médico) como en la investigación penal y la asistencia a víctimas, la debida diligencia es requerida. Su violación es evidente en la **negligencia médica** y en la **investigación deficiente**.
- **Obligación de no regresividad y progresividad (Art. 1 y 26 CADH; Protocolo de San Salvador):** La acción del Estado de retirar o no garantizar servicios de salud, o de recortar temporalmente un derecho (como en el amparo condicionado a 8 semanas), va en contra del principio de no regresividad en derechos sociales (salud).
- **Principio de buena fe y confianza legítima:** La familia tenía la legítima expectativa de que las instituciones actuarían conforme a su mandato (médicos para curar, fiscales para investigar, jueces para proteger). La **traición sistemática** a esa confianza constituye una falta a la buena fe que debe permear la relación Estado-ciudadano en derechos humanos.

6. Responsabilidad Estatal e Institucional

La **responsabilidad internacional del Estado mexicano** se configura por la suma concatenada de acciones y omisiones de **todas estas autoridades** a nivel **estatal y federal**. No se trata de un hecho aislado, sino de **una cadena de violaciones** en la que:

- La negligencia médica inicial es imputable al Estado al ocurrir en un servicio subrogado de salud pública.
- Todo el *seguimiento fallido* (salud, justicia, víctimas, derechos humanos) son igualmente atribuibles al Estado (Sonora y Federación).
- Existe además **colusión y corrupción estructural**: La alineación de comportamiento (encubrimiento, demoras, negación de apoyo) sugiere **un pacto de impunidad** que trasciende instancias individuales.

Esto encuadra en la figura de “**denegación de justicia sistemática**”, que activa la excepción al agotamiento de recursos internos (Art. 46.2.b CADH) y apunta a una **falla estructural** que compromete la responsabilidad del **Estado Mexicano** en su conjunto.

IV. Análisis Sistémico: Colusión Institucional y Corrupción Estructural

El caso de V.E.J.G.M. no es un incidente aislado o un cúmulo de errores fortuitos; es el síntoma de un **problema sistémico y estructural** en la administración pública y de justicia de Sonora (y México, por extensión). A continuación, se presenta un análisis que trasciende la anécdota y evidencia la **corrupción estructural e institucional** que sostiene la revictimización:

A. Contradicción Normativa en Atención a Víctimas

En primer lugar, se identifica un marco normativo local (en Sonora) que **no armoniza** con la legislación federal, lo que crea vacíos y excusas para la inacción:

- Sonora aprobó una **Ley Estatal de Víctimas** que contradice la **Ley General de Víctimas (LGV)** federal. Esto ha permitido que la CEEAV Sonora alegue *limitaciones* o *falta de competencia* para ciertos apoyos, escudándose en su norma local.

Responsabilidad del Congreso de Sonora: Los legisladores locales violaron:

- **Art. 73 fr. XXI inc. c)** Const. Mexicana, que da preferencia a leyes generales en materia de víctimas.
- **Art. 133** Const., al no supeditarse al marco federal y tratados.
- **Art. 1** Const., pues crearon una norma menos protectora (contrario al principio pro persona).
- **Responsabilidad del Ejecutivo Estatal:** El Gobernador de Sonora de aquel entonces, al promulgar y publicar esa ley inconsistente, faltó a su deber de veto para evitar una norma regresiva e inconstitucional. Validó un marco legal que perjudica a víctimas y ello constituye **revictimización institucional desde la cúpula**.
- **Órganos Federales Omisos:** Las instituciones federales con mandato en víctimas y DH –**Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV Federal), CNDH, SEGOB**– no intervinieron ante esta contradicción normativa. Tenían facultades para:
 - Emitir recomendaciones (CNDH).
 - Promover acciones de inconstitucionalidad o controversias (según el caso, la CEAV Federal pudo alertar a Senado, etc.).
 - Coordinarse para armonización legislativa (SEGOB vía Conavim u otros).
 - Su inacción implica **colusión implícita** al permitir que Sonora opere con una norma inferior, facilitando así la denegación de ayuda a víctimas.

B. Trama de Complicidad en la Comunidad Jurídica

Es notable cómo **pocos miembros de la comunidad jurídica local** se atrevieron a cuestionar lo ocurrido:

- El abogado inicial (Alonso H.) actuó coludido. Y los organismos que podrían disciplinarlo (colegios de abogados, barras, órganos supervisores) **no lo sancionaron** ni se pronunciaron.
- La **Barra/Colegio de Abogados de Sonora** y la comunidad jurídica en general guardaron silencio pese a la flagrancia de las violaciones. Este **encubrimiento pasivo** sugiere una **cultura de corporativismo** donde no se denuncia a colegas ni autoridades locales.
- **Fallas del Poder Judicial Federal localmente:** Jueces de Distrito mostrando más lealtad a esquemas burocráticos que a los derechos (como el Juez 11º). Esto indica **posibles inercias o sesgos** en la judicatura local que prefieren no incomodar a autoridades estatales.

C. Corrupción Estructural y Colusión Interinstitucional

La secuencia coordinada de omisiones lleva a inferir **acuerdos tácitos o explícitos**:

- **Sector Salud (ISSSTESON) & Sector Justicia (FGJES):** El hecho de que la investigación penal no prosperara y se enfocara solo en médicos (todos fallecidos) pero no en ISSSTESON como institución, sugiere un **pacto de protección** a la institución pública. Cuidar la imagen o evitar responsabilidad civil del ISSSTESON pudo ser un móvil para no indagar más.
- **FGJES & CEEAV & Judicial local:** La CEEAV no presionó por la justicia para la víctima, más bien la frenó con poca ayuda. La FGJES no investigó. El Juez de Control casi convalida el cierre. Este triángulo muestra **interés mutuo en cerrar el caso con mínima consecuencia**.
- **CEEAV & Abogado designado:** La Comisionada elige un abogado de su confianza para “representar” a la familia. Posible objetivo: controlar el litigio y evitar un abogado combativo independiente. Esto es una **colusión sutil**, donde la ayuda es instrumentalizada para contener a la víctima bajo su órbita.
- **CNDH & CEDH:** Al no querer entrar al caso, evitaron exponer irregularidades de autoridades sonorenses. Es

bien sabido que a veces las comisiones de derechos humanos evitan conflictos políticos locales; aquí ambos niveles se lavaron las manos, evidenciando una **cadena de favores** (no investigues tú y yo respaldo tu inacción).

- **SEGOB (Gobierno Federal) & Gobierno Estatal:** La respuesta de SEGOB fue muy burocrática, casi una fórmula para no hacer nada. Aunque formalmente correcta, en la praxis revela que **no hay voluntad de que la Federación audite o supervise estas violaciones en estados**. De nuevo, respeto a “soberanías” mal entendido que en realidad encubre falta de protección a los ciudadanos.

En suma, el Estado mexicano, a nivel federal y estatal, **actuó de manera uniforme en proteger sus intereses y a sus funcionarios antes que a un niño víctima**. Esto constituye **corrupción estructural**, entendiendo ésta como la desviación deliberada de poder público para beneficios particulares o para autoprotección institucional, en detrimento de los derechos humanos.

D. Patrones Estructurales Identificados

Del caso se desprenden patrones preocupantes que pueden afectar a otras víctimas en contextos similares:

1. **Negligencia médica encubierta en servicios subrogados:** Donde instituciones públicas contratan privadas y luego se encubren mutuamente las fallas.
2. **Represalias contra denunciantes:** Uso de despidos u otras represalias laborales para acallar quejas legítimas (lo cual inhibe a otros de denunciar).
3. **Uso inadecuado del amparo como simulación de protección:** Dictar sentencias que citan muchos derechos pero que en la práctica no resuelven nada, dando imagen de legalidad a la injusticia.
4. **Órganos de víctimas sin recursos o voluntad real:** Comisiones de víctimas que existen en papel pero no quieren gastar fondos hasta no verse obligadas, contrariando su objeto fundamental.
5. **Desgaste intencional de la víctima:** Forzar a la familia a peregrinar por **todas las instancias**, con la esperanza de que se cansen, agoten o se quiebren emocional y económicamente. Esto es una estrategia vil pero efectiva de muchos aparatos estatales para evadir responsabilidad.
6. **Menores con discapacidad en total desprotección:** A pesar del marco jurídico robusto en papel para niños y personas con discapacidad, en la práctica esos grupos siguen sufriendo enormes barreras para acceder a la justicia y a servicios adecuados, revelando una brecha entre la norma y la realidad.

Este análisis sistémico es vital para que la CIDH entienda que lo que aquí se expone **no es solo la suma de fallas individuales, sino un esquema de funcionamiento institucional** que debe ser atendido de raíz.

V. Petitorios y Recomendaciones a la CIDH

Dadas las múltiples violaciones demostradas, solicitamos respetuosamente a la Honorable CIDH que, en su **Informe de Fondo**, declare la responsabilidad internacional del Estado mexicano por estos hechos y recomiende al Estado la adopción de medidas de reparación integral y garantías de no repetición, como se detalla a continuación:

1. Declaración de Violaciones de Derechos Humanos

Que la CIDH establezca que el Estado Mexicano ha incurrido en las siguientes violaciones, en perjuicio de V.E.J.G.M. (víctima directa) y sus padres (víctimas indirectas):

- **Derecho a la vida y a la integridad personal:** Por las omisiones en la atención médica y las consecuencias físicas irreversibles (Arts. 4 y 5 de la CADH, en relación con Art. 1.1 CADH).
- **Derecho a las garantías judiciales (debido proceso) y protección judicial efectiva:** Por la denegación de justicia y la revictimización legal sufrida (Arts. 8.1 y 25 CADH).

- **Derechos del niño:** Por no haberse protegido el interés superior ni garantizado derechos especiales a V.E.J.G.M. como menor de edad (Art. 19 CADH; y de forma integrada con los derechos consagrados en la CDN).
- **Derecho a la salud y a la seguridad social:** Como derivaciones del derecho a la integridad y vida digna (Art. 26 CADH, en conexión con obligaciones asumidas en el Protocolo de San Salvador y la Constitución Mexicana).
- **Derecho a la igualdad y no discriminación:** Por el trato adverso y la falta de ajustes a su condición (Art. 24 CADH).
- Todas las anteriores violaciones se configuran en relación con la **obligación general de respeto y garantía** (Art. 1.1 CADH) y el deber de **adoptar disposiciones de derecho interno** adecuadas (Art. 2 CADH, dado que la legislación y prácticas internas fueron insuficientes o contradictorias).

Asimismo, pedimos se **reconozca** que estas violaciones representan también transgresiones al **derecho interno mexicano**, lo que amplifica la gravedad:

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:** Artículos 1º (principios pro persona, no discriminación), 4º (protección a la salud, derechos de la niñez), 17º (acceso a la justicia), 20º (derechos de las víctimas), 133º (supremacía constitucional y tratados).
- **Leyes nacionales relevantes:** Ley General de Víctimas, Ley General de Salud, Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, entre otras disposiciones ignoradas o violadas.
- **Tratados Internacionales Específicos:**
 - **Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)** – por violación de artículos sobre salud, protección especial, etc.
 - **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)** – por falta de ajustes razonables, salud, rehabilitación.
 - **Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura / CIDH (en su aspecto de tratos crueles, inhumanos):** Si bien no se ha alegado tortura física deliberada, la **indiferencia médica y prolongación del sufrimiento** puede analizarse bajo la óptica de trato inhumano o degradante, sobre todo en cuanto al impacto psicológico y físico en un niño.
 - **Convención Americana (CADH)** – todos los ya citados.

La **declaratoria de violaciones** por parte de la CIDH será fundamental para establecer la verdad histórica de lo ocurrido y para sentar las bases de las medidas de reparación.

2. Medidas de Reparación Integral a las Víctimas

Se solicita que la CIDH recomiende al Estado Mexicano una **reparación integral**, que incluya las dimensiones de **restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición**. En particular:

a. Indemnización Compensatoria Adecuada y Justa:

Que se ordene al Estado pagar una **indemnización monetaria** que cubra:

- **Daño material:**
 - Gastos médicos y de cuidado (pasados y futuros) relacionados con la lesión de V.E.J.G.M. Esto incluye cirugías, medicinas, terapias, consultas especializadas, equipos médicos (sillas de ruedas, sondas, etc.), gastos de transporte a hospitales especializados, adecuaciones del hogar (accesibilidad) y cualquier costo necesario para su bienestar.

- **Pérdida de ingresos y oportunidades:** Los padres han tenido que dedicar una enorme cantidad de tiempo y recursos al cuidado del niño y a la búsqueda de justicia, lo que ha afectado su vida laboral y sus ingresos. El padre perdió su empleo injustamente. Esta pérdida económica y de proyecto de vida familiar debe ser cuantificada.
- **Daño emergente y lucro cesante futuro:** Considerando que V.E.J.G.M. requerirá asistencia de por vida, los padres (o tutores en su adultez) enfrentarán gastos permanentes y posiblemente tendrán limitada su capacidad de trabajar. La indemnización debe contemplar un fondo para asegurar su sostenimiento a largo plazo.
- **Daño inmaterial (moral):**
 - **Sufrimiento físico y psicológico** de V.E.J.G.M.: Un niño que ha pasado dolor, cirugías, limitaciones físicas, discriminación y que al crecer se hará consciente de la injusticia vivida.
 - **Sufrimiento y angustia** de sus padres y familia inmediata: el estrés, la impotencia, la desesperación al ver a su hijo lastimado y sin recibir justicia, la afectación a su salud mental.
 - **Alteración grave del proyecto de vida:** tanto para el niño (cuyo desarrollo personal, educativo y social se ve obstaculizado) como para sus padres (que han tenido que cambiar sus planes de vida, quizá postergar desarrollo profesional, mudanzas, etc., para atender a su hijo y litigar su caso).

Esta indemnización moral debe ser significativa, no meramente simbólica, reconociendo la magnitud de la violación y enviando un mensaje de que la vida y dignidad de la víctima tienen un valor incalculable que el Estado debe intentar compensar.

b. Atención Médica Integral y Rehabilitación de por Vida:

Más allá de lo económico, es imperativo garantizar que V.E.J.G.M. reciba **atención en salud de por vida, de calidad y gratuita**, que cubra:

- **Tratamiento médico especializado vitalicio:** Incluyendo neurología, neurocirugía (si requiriera futuras intervenciones por Chiari II u otras complicaciones), urología (por vejiga neurogénica), ortopedia, pediatría especializada, nutrición (considerando su obesidad derivada de la condición), etc.
- **Terapias de rehabilitación continuas:** Terapia física, ocupacional, de lenguaje (si necesaria), rehabilitación neuropsicológica, etc., con la frecuencia que los médicos especialistas indiquen, **de por vida** o hasta que alcance la máxima recuperación posible.
- **Medicamentos y suministros:** Entrega gratuita y oportuna de medicamentos (por ejemplo, antibióticos para infecciones frecuentes urinarias, si las hay; laxantes o sondas, etc.), así como insumos como pañales, catéteres, dispositivos ortopédicos o prótesis, según se requiera.
- **Equipos y dispositivos asistivos:** Sillas de ruedas (adecuadas a su crecimiento y necesidades), andaderas, férulas, órtesis, computadoras o dispositivos para comunicación (si tuviera problemas de aprendizaje en el futuro), etc. Todo esto debe ser provisto por el Estado.
- **Adecuaciones en el hogar y entorno:** Si la vivienda de la familia requiere adaptaciones (rampas, barandales, baño accesible, cama clínica, etc.), el Estado debe costear esas modificaciones para asegurar una vida digna en casa.
- **Apoyo para educación inclusiva:** Garantizar que V.E.J.G.M. pueda acceder a la educación en igualdad de condiciones:
 - Becas o apoyos para escuelas que tengan servicios de educación especial o inclusiva.
 - Facilitar transporte escolar adaptado si es necesario.
 - Proveer asistentes educativos o tecnología de apoyo.

- **Apoyo psicosocial:** Atención psicológica permanente tanto para V.E.J.G.M. (conforme vaya entendiendo y enfrentando su discapacidad, requerirá apoyo emocional) como para sus padres (han pasado por un trauma prolongado y estrés postraumático institucional). Esto incluye terapia familiar si es pertinente.

Estas medidas deben proveerse de forma **adecuada (calidad y calidez)**, **accesible (sin trabas burocráticas, cerca de su localidad o con facilidades para trasladarse)** y **gratuita** (sin costo alguno para la familia). Se sugiere la creación de un **plan individual de reparación en salud**, supervisado por alguna institución independiente, para coordinar todos estos servicios.

c. Medidas de Satisfacción y Restablecimiento de Dignidad:

- **Acto público de reconocimiento de responsabilidad:** Que el Estado mexicano, a través de altos funcionarios (por ejemplo, la Secretaría de Salud Federal, Gobernador de Sonora, titulares de ISSSTESON y CEEAV, etc.) realice un evento público donde:
 - Se **admita la responsabilidad** por las violaciones cometidas en perjuicio de V.E.J.G.M. y su familia.
 - Se **ofrezca una disculpa pública** clara y sincera a las víctimas.
 - Se reconozca el valor de la lucha de la familia por la justicia.
 - Este acto debe tener cobertura mediática, buscando restituir la honra de la familia y concientizar al público sobre los derechos de las víctimas y de los niños con discapacidad.
- **Publicación del resultado del caso:** Que se publiquen (en el Diario Oficial de la Federación y diario oficial estatal, así como en páginas web oficiales) las conclusiones o recomendaciones de la CIDH y las medidas adoptadas, de forma accesible al público. Esto sirve para **educar a la sociedad** y a los servidores públicos sobre lo ocurrido.
- **Memorial o testimonio institucional:** Considerar la creación de algún **memorial simbólico** o iniciativa que recuerde este caso y honre a V.E.J.G.M. Podría ser:
 - Nombrar una sala de un hospital o centro de rehabilitación en honor a V.E.J.G.M. o a niños víctimas de negligencia médica.
 - Desarrollar un documental o material educativo, con apoyo estatal, que relate la historia (con consentimiento de la familia) para fines de capacitación y no repetición.
- **Comunicación a la víctima niño:** Dado que V.E.J.G.M. es un menor, conforme crezca, es importante que sepa que la injusticia que sufrió fue reconocida oficialmente y que **él no fue culpable de nada**. El Estado podría, por ejemplo, entregarle una carta (en lenguaje adecuado a su edad) de disculpa y reconocimiento de responsabilidad cuando tenga cierta edad para entender, acompañado de seguimiento psicológico para manejar esa información.

Estas medidas de satisfacción buscan **reparar el daño moral** y **devolver la dignidad** a la familia, evidenciando que lo que vivieron fue una falla del Estado y no una desgracia sin responsables.

3. Garantías de No Repetición

Dado que el caso revela problemas estructurales, las garantías de no repetición son fundamentales para evitar que otras personas sufran lo mismo. La CIDH debería recomendar reformas y acciones concretas, tales como:

a. Investigación y Sanción de Servidores Públicos Responsables:

- **Procesos sancionatorios internos y penales:** Que el Estado investigue y, en su caso, sancione efectivamente a:
 - Personal médico y administrativo involucrado en la negligencia de 2018 (que aún estén vivos y vinculados, por ejemplo, directivos de la clínica u ISSSTESON que avalaron decisiones).

- Funcionarios de la FGJES que actuaron con negligencia (por omitir diligencias, por emitir un no ejercicio infundado).
- Servidores de la CEEAV Sonora que negaron apoyos indebidamente (podría haber responsabilidad administrativa por incumplir la LGV).
- Cualquier juez, abogado u otro funcionario cuya conducta antiética o irregular haya contribuido a la violación de derechos (por ejemplo, dar vista a órganos de disciplina judicial o de colegios de abogados).
- **No Impunidad:** Es importante que se vea un esfuerzo de rendición de cuentas. Aunque algunos responsables directos fallecieron, los institucionales no. Sancionar envía el mensaje de que estas conductas no serán toleradas (puede incluir destituciones, inhabilitaciones, acciones penales si encuadran delitos, etc.).

b. Protocolos y Capacitación en Servicios de Salud (Especialmente Perinatales):

- **Revisión de protocolos obstétricos/neonatales:** Que la Secretaría de Salud (federal y estatal) revise y fortalezca los protocolos de atención al recién nacido con malformaciones o lesiones al nacer. Deben incluir lineamientos claros de:
 - **Detección prenatal** de anomalías y obligación de informar verazmente a los padres.
 - **Actuación inmediata** ante nacimiento con espina bífida u otras emergencias neonatales (transporte inmediato a hospital especializado, manejo estéril de lesiones, etc.).
 - **Documentación obligatoria** de cualquier anomalía y notificación a autoridades superiores en casos graves (evitando que un médico a nivel local oculte algo).
- **Capacitación al personal médico:** Implementar programas de capacitación continua en Sonora (y replicable en México) sobre:
 - Ética médica y derechos del paciente (recordando que encubrimientos y negligencias son contrarios al juramento médico).
 - Manejo de pacientes vulnerables (neonatos, personas con discapacidad).
 - Reporte de incidentes críticos (que los profesionales sepan que, más allá de su temor a consecuencias, deben priorizar la vida del paciente).
- **Monitoreo en subrogaciones:** Fortalecer supervisión de clínicas privadas que dan servicios públicos. Contratos de subrogación deben incluir cláusulas de cumplimiento de estándares de calidad, y **mecanismos de auditoría** periódica. Si una clínica falla gravemente, debe haber consecuencias (rescisiones, multas, etc.).

c. Fortalecimiento de Mecanismos de Atención a Víctimas (CEEAV Sonora):

- **Recursos suficientes:** Asegurar que la CEEAV Sonora cuente con fondos adecuados en el Fondo Estatal de Atención a Víctimas para dar ayudas inmediatas. No puede alegar falta de presupuesto para negar apoyos básicos.
- **Procedimientos claros y oportunos:** Reformar o instruir que la CEEAV **no condicione** la ayuda a sentencia. Que sus manuales internos reflejen el espíritu de la Ley General de Víctimas: ayudas **inmediatas, sin burocracia**. Establecer tiempos límite cortos para responder a solicitudes de víctimas.
- **Capacitación al personal de CEEAV:** En enfoque psicosocial, trato empático, y conocimiento profundo de la LGV y sus obligaciones. Evitar formalismos que perjudiquen a víctimas.
- **Mecanismos de coordinación:** Que la CEEAV Sonora tenga contacto directo con instancias de salud, educación, etc., para canalizar rápidamente a víctimas a esos servicios (por ejemplo, que pueda gestionar que un hospital reciba a la víctima sin espera).

- **Supervisión externa:** Podría crearse un consejo consultivo con participación de la sociedad civil (defensores de derechos humanos locales) para vigilar que la CEEAV cumpla su cometido.

d. Designación Inmediata de Asesores Jurídicos Víctimales:

- **Protocolizar a nivel nacional y estatal** que, **tan pronto se presenta una denuncia por un delito grave o violación de derechos** donde la víctima no tenga medios para un abogado, **se le asigne un asesor jurídico victimal** (público o financiado).
- Difundir y asegurar la implementación de lo que ya dicen la Constitución y la LGV al respecto. Quizá crear en Sonora una unidad especial de defensores públicos o asesores para víctimas.
- **Evitar lagunas de representación:** Por ejemplo, en este caso en 2024 hubo meses sin abogado. Debe haber lineamientos que, al momento de un no ejercicio u otro evento clave, si la víctima no tiene abogado, **la Fiscalía o la Comisión de Víctimas activen inmediatamente uno** y no espere a que el padre lo pida insistentemente.
- **Independencia del asesor:** Cuidar que los asesores designados no tengan conflicto de interés (como el caso del abogado amigo de la Comisionada). Establecer, de ser posible, un **catálogo de asesores acreditados** con experiencia en derechos humanos, de donde las víctimas puedan elegir o se les asigne aleatoriamente para garantizar independencia.

e. Reformas Normativas y Administrativas:

- **Armonización legislativa urgente:** Recomendar que se reforme la **Ley Estatal de Víctimas de Sonora** para alinearla completamente con la Ley General de Víctimas y tratados internacionales. Eliminar cualquier contradicción o limitación indebida.
- **Revisión de políticas de salud y justicia:**
 - En salud, quizás emitir **normas oficiales mexicanas** más precisas sobre atención a neonatos con malformaciones.
 - En procuración de justicia, desarrollar **protocolos de investigación** para casos de negligencia médica, que incluyan siempre indagatoria institucional (no solo al doctor, sino a la institución, patrones de encubrimiento).
- **Protección de denunciantes:** Legislar o reglamentar a nivel estatal mecanismos para proteger a empleados públicos que denuncian irregularidades (evitar despidos injustos por denunciar, con medidas de protección laboral).
- **Fortalecer la defensoría pública en materia de víctimas:** A nivel federal y estatal, dotar de más recursos a las instituciones que brindan abogados gratuitos a víctimas, y difundir su existencia para que las víctimas sepan a dónde acudir.
- **Políticas inclusivas para niñez con discapacidad:** Asegurarse que escuelas, centros de salud, programas sociales en Sonora estén capacitados y dispuestos para recibir a niños con necesidades especiales sin trabas.

f. Supervisión y Seguimiento:

- Instaurar un **mecanismo de seguimiento** nacional (tal vez la CEAV Federal en conjunto con alguna entidad de la sociedad civil, bajo supervisión de la Segob) de las recomendaciones de la CIDH en este caso. La CIDH podría pedir ser informada periódicamente del cumplimiento.
- Monitoreo internacional: En caso de un eventual acuerdo de solución amistosa o cumplimiento de recomendaciones, que la CIDH mantenga el caso abierto hasta verificar implementaciones reales.
- Quizás recomendar que el **Caso V.E.J.G.M.** sea usado como ejemplo en **capacitaciones judiciales y**

administrativas a futuro, para que nunca más se repita.

Con estas garantías de no repetición, se busca **transformar las lecciones dolorosas de este caso en cambios positivos estructurales**. El objetivo es que ningún otro niño ni familia deba atravesar el calvario de negligencia y desamparo que sufrieron V.E.J.G.M. y sus padres.

VI. Conclusión

La familia de V.E.J.G.M. acude a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos con la **confianza** de que este órgano internacional actuará como la **última salvaguarda** de sus derechos, ante la evidente falencia de las instituciones nacionales. Durante siete años, esta familia ha tocado todas las puertas dentro de México y todas se les han cerrado, dejando al menor en un estado de **indefensión inaceptable** en un Estado de Derecho.

La **gravedad estructural** de este caso radica en que **no es solo una negligencia médica**, sino la exposición de cómo un **sistema entero falla a los más vulnerables**:

- Un niño con discapacidad grave que debería haber sido altamente protegido, terminó siendo víctima de **negligencia, indiferencia y trámites sin sentido**.
- Sus padres, que actuaron con admirable perseverancia y amor, fueron castigados en lugar de apoyados.
- Las instituciones encargadas de proteger (hospitales, fiscalías, comisiones de víctimas, tribunales) **dieron la espalda** una tras otra, **revictimizando y prolongando el sufrimiento**.

Se ha documentado puntualmente la **cronología de la injusticia**: desde la normalidad prenatal hasta la incansable lucha en 2025, identificando a cada paso **quién falló** y **qué derechos se violaron**. Esta narración busca no solo exponer, sino también **persuadir a la conciencia jurídica** de la necesidad de un cambio.

La CIDH tiene ante sí un caso emblemático de **violencia institucional**. Una víctima que, en cada etapa de su vida (nacimiento, primera infancia, niñez temprana), fue encontrada en **situación de riesgo por la acción u omisión del Estado**. Si este caso no amerita una enérgica respuesta internacional, ¿cuál otro lo haría?

Por todo lo expuesto, se solicita a la Comisión:

- Que admita este caso y avance al informe de fondo dada la claridad de los hechos y el evidente agotamiento (o ineficacia) de los recursos internos.
- Que en su momento, emita un **informe concluyente** declarando la responsabilidad del Estado Mexicano.
- Que recomiende las medidas de reparación y no repetición antes descritas, de la manera más **clara, detallada y exigente posible**.
- De ser necesario, eleve el caso a la **Corte Interamericana de Derechos Humanos**, si el Estado no cumple con las recomendaciones en el plazo otorgado, para que sea el tribunal quien ordene dichas reparaciones de forma vinculante.

La familia Gutiérrez Morales aún cree en la justicia. Cree que, a pesar de las fronteras, hay principios universales de humanidad que pueden prevalecer. Acude a la **instancia internacional no por un afán confrontativo, sino porque ya no le dejaron más opción para buscar justicia**.

En nombre de Víctor Emmanuel de Jesús Gutiérrez Morales, un niño cuyo derecho a una vida digna fue truncado desde el inicio por quienes debieron cuidarlo, **pedimos a la CIDH que intervenga**. Que su intervención sienta un precedente en México y en la región sobre la imperativa protección de la niñez, la dignidad humana y el combate a la impunidad institucional.

Esperamos con fe y firmeza que la CIDH, y eventualmente el Estado Mexicano acatando sus recomendaciones, logren finalmente la justicia integral que hasta hoy le ha sido negada a V.E.J.G.M. y a sus padres.

Estaremos atentos y participativos en todo el proceso ante la Comisión, aportando cuanta prueba y testimonio sea necesario, con la esperanza de que la verdad prevalezca y se reivindiquen los derechos de nuestro hijo y, por extensión, los de todas las víctimas silenciosas de estructuras corruptas.

Victor Manuel Gutierrez Verduzco y Rosa lizeth Morales Ochoa