



Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

SÍNTESIS. El 9 de junio de 2009, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos recibió la queja de Q1, presentada en la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, en la cual manifestó que a las 12:46 horas del 7 de abril de 2009, V1, quien era su hijo, ingresó al Área de Urgencias del Hospital General Regional Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Culiacán, Sinaloa, por herida de arma de fuego en el brazo derecho y en el tórax; que en dicho hospital le tomaron una radiografía y lo ingresaron en el Servicio de Urgencias sin que pudiera verlo; que no lo pasaron a quirófano porque el doctor de Urgencias le informó que no había cirujano, y que éste llegaría hasta las 14:00 horas; únicamente lo canalizaron con suero y una manguera de oxígeno, sin prestarle los primeros auxilios; derivado de lo anterior, V1 falleció a las 15:46 horas de ese mismo día.

Del análisis lógico-jurídico del conjunto de las evidencias que integran el expediente CNDH/1/2009/ 2809/Q, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos acreditó violaciones a los derechos a la protección de la salud y, en consecuencia, a la vida en agravio de V1, por la inadecuada prestación del servicio médico en que incurrieron servidores públicos adscritos al Hospital General Regional Número 1 del IMSS, en Culiacán, Sinaloa.

Una vez revisados el expediente clínico, así como la opinión técnica de los médicos adscritos a la Coordinación de Servicios Periciales de la CNDH, se desprende que V1 fue valorado a las 13:01 horas del 7 de abril de 2009 por el médico tratante AR1, quien omitió inspeccionar el estado físico completo de la víctima, entre otros: el cuello, la región anatómica comprometida y los órganos circunvecinos, así como determinar la extensión y gravedad de la lesión, y describir el enfisema subcutáneo que presentaba secundario a la fuga y atrapamiento de aire en tejidos blandos por la perforación de la tráquea producida por el proyectil, que comprometió irreversiblemente la permeabilidad de la vía aérea al comprimirla, sin asegurarla a pesar de tratarse de una urgencia. Además, dicho médico tratante no le fijó la cabeza y cuello, ni canalizó dos vías intravenosas y centrales; tampoco realizó un monitoreo electrocardiográfico continuo, oximetría de pulso, gasometría arterial, arteriografía carotídea, ultrasonido doppler, laringoscopia y broncoscopia para detectar compromiso de órganos vitales adyacentes, que precisamente estaban comprometidos por la

onda de choque del proyectil, y conocer con exactitud las lesiones y planear una adecuada intervención quirúrgica, por lo que al ser omisos se extendió la lesión traqueal y aunado a la fricción y roce provocó finalmente la ruptura de los vasos carotídeos.

Por lo expuesto, los médicos tratantes del Área de Urgencias de ese Hospital General Regional del IMSS que tuvieron bajo su responsabilidad la atención de V1 el 7 de abril de 2009 transgredieron el Reglamento de la Ley General de Salud; así también, el derecho a la protección de la salud y, en consecuencia, a la vida en agravio de V1, consagrados en los artículos 4o., párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1; 2, fracción V; 23; 27, fracción III; 32; 33, fracción II, y 51, de la Ley General de Salud; 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como la Norma Oficial Mexicana 168 SSA-1-1998 Del Expediente Clínico. Asimismo, esos servidores públicos, al no cumplir adecuadamente con sus funciones, contravinieron lo establecido en el artículo 8o., fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. Igualmente, los doctores AR1, AR2 y AR3, responsables de la atención otorgada a V1, no atendieron las disposiciones relacionadas con el derecho a la vida y a la protección de la salud previstas en los instrumentos internacionales, que establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que proporciona el Estado mexicano a su población, de conformidad con los artículos 12.1, y 12.2, inciso c) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y 10.1, y 10.2, inciso a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, preceptos que ratifican lo dispuesto por el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto al reconocimiento por parte del Estado a las personas al disfrute de un servicio médico de calidad, debiendo adoptar para ello las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho.

Por ello, el 24 de febrero de 2010 esta Comisión Nacional emitió la Recomendación 9/2010, dirigida al Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la que se le solicitó instruya a quien corresponda a efecto de que se proceda a indemnizar a los familiares de V1 o a quien tenga mejor derecho en los términos que establecen las leyes respectivas, así como de los preceptos reconocidos en la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para

las Víctimas del Delito y del Abuso de Poder, como consecuencia de la responsabilidad institucional en que incurrieron los médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social que trataron a V1, con base en las consideraciones planteadas en el cuerpo de la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento; que gire instrucciones para que en el Hospital General Regional Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Culiacán, Sinaloa, se diseñe e imparta un programa integral de capacitación y formación en materia de Derechos Humanos, con especial énfasis en el contenido, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, a fin de que el servicio público que proporcionen, tanto el personal médico como el de enfermería, se ajuste al marco de legalidad y las sanas prácticas administrativas que deben de observar en el ejercicio de sus funciones, garantizando que se apliquen los protocolos de intervención precisos, y evitando de esta manera actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento, y que se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento; que se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el inicio y trámite de la queja que este Organismo Público promueva ante el Órgano Interno de Control de ese Instituto, en contra de los médicos que intervinieron en el tratamiento de V1, y que se envíen a este Organismo Nacional las constancias que le sean solicitadas; que se colabore debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, por tratarse de servidores públicos federales los involucrados, y remita a esta Comisión Nacional las constancias que sean requeridas; que instruya a quien corresponda para que en todos los hospitales a cargo del IMSS se tomen las medidas necesarias a fin de que exista el personal suficiente y capacitado para atender con la debida oportunidad y eficiencia las urgencias médicas que se presenten en cualquier momento, salvaguardando el interés superior de los usuarios de los servicios médicos, evitando de esta manera irregularidades como las que dieron origen al presente pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

RECOMENDACION No. 09 /2010

**CASO DE NEGLIGENCIA MEDICA
CON PERDIDA DE LA VIDA EN
AGRAVIO DE V1.**

**México, D.F., a 24 de febrero de
2010**

**MTRO. DANIEL KARAM TOUMEH
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL
PRESENTE**

Distinguido señor director general:

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero; 6, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracción IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2009/2809/Q, relacionado con la queja presentada por el Q1, y visto los siguientes:

I. HECHOS

El 9 de junio de 2009, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos recibió la queja de Q1, presentada en la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, en la cual manifestó que a las 12:46 horas del 7 de abril de 2009, V1 quien era su hijo, ingresó al área de urgencias del Hospital General Regional No. 1 del IMSS en Culiacán Sinaloa, por herida de arma de fuego en el brazo derecho y en el tórax; que en dicho hospital le tomaron una radiografía y lo ingresaron en el Servicio de Urgencias sin que pudiera verlo; que no lo pasaron a quirófano porque el doctor de urgencias le informó que no había cirujano, y que éste llegaría hasta las 14:00 horas, únicamente lo canalizaron con suero y una manguera de oxígeno, sin prestarle los primeros auxilios, V1 falleció a las 15:46 horas de ese mismo día.

II. EVIDENCIAS

A. Queja presentada por Q1 el 3 de junio de 2009, ante la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, remitida a la CNDH el 9 de ese mes y año.

B. Oficio del 10 de julio de 2009, suscrito por el Coordinador Técnico de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, al que anexó el informe solicitado por la CNDH, proporcionando copia fotostática del expediente clínico que se inició con motivo de la atención brindada a V1 en el Hospital General Regional No. 1 del IMSS en Culiacán, Sinaloa.

C. Opinión médica emitida el 8 de septiembre de 2009 por la Coordinación de Servicios Periciales de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre la atención médica proporcionada a V1, en el Hospital General Regional No. 1 del IMSS en Culiacán, Sinaloa.

D. Acta circunstanciada del 29 de enero de 2010, en la que consta que el presente asunto fue sometido a brigadas de trabajo con personal del IMSS durante los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2009.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

El día 7 de abril de 2009 a las 12:46 horas, V1 ingresó al Hospital General Regional No. 1 del IMSS en Culiacán, Sinaloa por haber sido herido por proyectil de arma de fuego, donde le tomaron una radiografía y lo remitieron al servicio de Urgencias de dicho hospital, sin haber sido admitido a quirófano ya que, no había un médico cirujano que lo atendiera, y únicamente lo canalizaron con suero y una manguera de oxígeno, sin prestarle los primeros auxilios, situación que provocó que perdiera la vida a las 15:46 horas de la misma fecha.

Con el propósito de proteger la identidad de las víctimas, quejosos y autoridades responsables, a fin de asegurar que sus nombres y datos personales no sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su reglamento interno. Solamente se pondrán en conocimiento de las autoridades recomendadas, a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de que éstas dicten las medidas de protección correspondientes.

IV. OBSERVACIONES

Del análisis lógico-jurídico al conjunto de las evidencias que integran el expediente CNDH/1/2009/2809/Q, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos acreditó violaciones a los derechos a la protección de la salud y en consecuencia a la vida en agravio de V1, por la inadecuada prestación del servicio médico en que incurrieron servidores públicos adscritos al Hospital General Regional No. 1 del IMSS en Culiacán Sinaloa, en razón de las siguientes consideraciones:

Una vez revisados el expediente clínico así como la opinión técnica de los médicos adscritos a la Coordinación de Servicios Periciales de la CNDH, se desprende que V1 fue valorado a las 13:01 horas del 7 de abril de 2009, por el médico tratante AR1, quien omitió inspeccionar el estado físico completo de la víctima entre otros, el cuello del agraviado; la región anatómica comprometida y órganos circunvecinos; así como determinar la extensión y gravedad de la lesión; describir el enfisema subcutáneo que presentaba secundario a la fuga y atrapamiento de aire en tejidos blandos por la perforación de la tráquea producida por el proyectil, que comprometió irreversiblemente la permeabilidad de la vía aérea al comprimirla, sin asegurarla a pesar de tratarse de una urgencia.

Dicho médico tratante además, no le fijó la cabeza y cuello, ni canalizó dos vías intravenosas y centrales, tampoco realizó un monitoreo electrocardiográfico continuo, oximetría de pulso, gasometría arterial, arteriografía carotídea, ultrasonido doppler, laringoscopia ni broncoscopia para detectar compromiso de órganos vitales adyacentes, que precisamente estaban comprometidos por la onda de choque del proyectil, y conocer con exactitud las lesiones y planear una adecuada intervención quirúrgica.

De la misma forma en la valoración médica de las 13:40 horas del 7 de abril de 2009, AR2, médico adscrita a ese centro hospitalario fue omisa al no describir la zona del cuello comprometida, así como el nivel de cartílagos traqueales lesionados, lo que impidió indicar intubación cuidadosa o traqueotomía de emergencia, que hubiera ayudado a inmovilizar con la cánula orotraqueal o de traqueostomía y evitar que los extremos de la lesión en tráquea se desplazaran y se extendieran comprometiendo los vasos carotídeos; además, omitió considerar el enfisema subcutáneo progresivo favorecido por la administración inadecuada de

oxígeno suplementario, por lo que se extendió la lesión traqueal y aunado a la fricción y roce provocó finalmente la ruptura de los vasos carotídeos.

Las omisiones precedentes, dieron como resultado que los médicos no realizaran con urgencia la cirugía para evitar el sangrado, desbridación de tejidos desvitalizados, drenaje, reconstrucción, cierre, resección o anastomosis de los cartílagos traqueales lesionados.

Asimismo, el médico especialista en cirugía de tórax, AR3 en la valoración realizada a las 14:20 horas del 7 de abril de 2009, a pesar de reportar a V1 en condición de salud muy grave, con lesión en tráquea y reporte tomográfico con solución de continuidad a nivel de 2º a 4º anillo traqueales y gas libre en cuello y mediastino, omitió inmovilizar su cabeza y cuello para evitar el desplazamiento de los extremos traqueales lesionados, el manejo y permeabilidad de la vía aérea mediante traqueostomía de urgencia en su cama colocando incluso la cánula a través de dicha lesión mientras ésta se reparaba, lo que habría evitado su desplazamiento; omitió también realizar un acceso venoso central, indicar monitoreo cardíaco continuo, limitándose a solicitar una sala de quirófano y programar una revisión traqueal quirúrgica, operación que debió realizarse de manera inmediata a su llegada al área de urgencias; lo que tuvo como consecuencia que aproximadamente tres horas después de su ingreso, V1 presentara súbitamente dificultad respiratoria y abundante sangrado por narinas y boca, condición clínica grave y mortal que era previsible y no se evitó.

Aunado a lo anterior, también hubo dilación en la valoración por cirugía de tórax ya que ésta, se realizó a las 14:20 horas es decir, una hora y treinta y cuatro minutos después de su llegada al hospital, lo que refleja una actitud injustificable sobre todo tratándose de una urgencia que comprometía la vida de V1, y más aún si consideramos que ese hospital general regional cuenta con el personal humano e infraestructura necesarios para atender este tipo de problemas graves con alto riesgo de muerte, en virtud de que el trauma penetrante de tráquea, requiere de atención y corrección quirúrgica inmediata.

En este contexto, en opinión de los médicos adscritos a la Coordinación de Servicios Periciales de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, la causa de la muerte de V1 se debió a la perforación completa de la tráquea con laceración de vasos carotídeos secundaria a una lesión producida por proyectil de arma de fuego, y la inadecuada atención médica que le proporcionaron en el

Hospital General Regional número 1 del IMSS, en Culiacán, Sinaloa, permitiendo que las laceraciones vasculares se hicieran mayores, causando un choque hipovolémico secundario a la hemorragia incoercible lo cual, era previsible y no se evitó.

Durante los meses de septiembre a diciembre de 2009, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos a través de una brigada de trabajo, sostuvo reuniones con servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social a efecto de analizar el caso de V1; de las cuales, se obtuvo una respuesta en el sentido de que el Consejo Consultivo del IMSS emitiría un dictamen de procedencia para que, de acuerdo a la Ley del Seguro Social, se indemnizara a las víctimas indirectas o familiares que acreditaran tener mejor derecho para ello; sin embargo, el 15 de diciembre de 2009, se informó que aún dicho Consejo Consultivo no emitía el dictamen correspondiente, y que no había fecha para ello.

Por lo expuesto, los médicos tratantes del área de urgencias de ese hospital general regional del IMSS que tuvieron bajo su responsabilidad la atención de V1 el 7 de abril de 2009, trasgredieron el Reglamento de la Ley General de Salud que refiere por “urgencia”, todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata por tanto, la dificultad respiratoria, disnea súbita, hemorragia activa por cualquier vía, dolor torácico súbito y persistente, pérdida del conocimiento sin recuperación, heridas extensas, amputación, presencia de cuerpos extraños en vías respiratorias o digestivas se consideran como tal.

Del expediente clínico de V1, se advierte que médicos adscritos al Hospital General Regional número 1 del IMSS, en Culiacán, Sinaloa, transgredieron las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana 168-SSA-1-1998, del Expediente Clínico que señala, que la nota inicial de urgencias, debe elaborarse por el médico que atiende, debiendo contener la fecha y hora en que se otorga el servicio, signos vitales, motivo de la consulta, resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, diagnósticos o problemas clínicos, resultados de estudios auxiliares de diagnóstico, tratamiento y pronóstico, y en los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista deberá quedar por escrito, la cual, realizará el médico solicitante, situación que en el presente caso no sucedió.

De lo expuesto, para la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, V1 no recibió la atención médica adecuada, oportuna y profesional que le hubiera permitido preservar la vida. La atención deficiente proporcionada a la víctima por

parte de AR1, AR2 y AR3, vulneró el derecho a la protección de la salud y en consecuencia a la vida en agravio de V1, previstos en los artículos 4, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracción V; 23, 27, fracciones III; 32, 33, fracción II; y 51 de la Ley General de Salud; 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; así como la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico 168 SSA-1-1998.

De la misma manera, los referidos servidores públicos, con su conducta incumplieron con la debida diligencia que el servicio encomendado exige en el cumplimiento de sus funciones, lo cual ocasionó la deficiencia del mismo, contraviniendo con ello lo establecido en el artículo 8º, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

Igualmente, los mencionados doctores AR1, AR2 y AR3 responsables de la atención otorgada a V1, no atendieron las disposiciones relacionadas con el derecho a la vida y a la protección de la salud previstas en los instrumentos internacionales que establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que proporciona el Estado mexicano a su población, de conformidad con los artículos 12.1 y 12.2, inciso c), d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1 y 10.2, inciso a) y d) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, preceptos que ratifican lo dispuesto por el artículo 4, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto al reconocimiento por parte del Estado a las personas al disfrute de un servicio médico de calidad, debiendo adoptar para ello las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho.

Es preciso señalar que la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud.

En este sentido, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos emitió la recomendación general número 15, Sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, en la que se precisa que el derecho a la salud, debe entenderse como una prerrogativa para exigir al Estado un sistema capaz de

proteger y velar por el restablecimiento de la salud, que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones, dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad, y calidad.

Es importante mencionar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución General de la República, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas. En el presente caso los médicos que atendieron a V1, debieron considerar el interés superior del paciente, en función de la gravedad de su padecimiento, realizando un diagnóstico certero que les permitiera proporcionarle un tratamiento pertinente, con la calidad y calidez que deben imperar en la prestación de dicho servicio público, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo.

Con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III, 71, párrafo segundo y, 72 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existen elementos de convicción suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente formal queja ante el Órgano Interno de Control del Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de que se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente, así como la denuncia de hechos ante el agente del Ministerio Público de la Federación, en contra de los médicos que intervinieron en los hechos que se consignan en este caso y que resultaron en el fallecimiento de V1.

Finalmente, si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la actuación irregular de los servidores públicos consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de los derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 1915, 1917 y 1918 del Código Civil Federal, así como 1, 2 y 9 de la Ley Federal

de Responsabilidad Patrimonial del Estado, prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, por lo cual resulta procedente se realice la indemnización conducente a quien mejor tenga derecho a ello.

En consecuencia, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos le formula respetuosamente a Usted, señor director general del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Instruya a quien corresponda, a efecto de que se proceda a indemnizar a los familiares de V1 o a quien tenga mejor derecho en los términos que establecen las leyes respectivas, así como de los preceptos reconocidos en la Declaración Sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas del Delito y del Abuso de Poder, como consecuencia de la responsabilidad institucional en que incurrieron médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social que lo trataron, con base en las consideraciones planteadas en el cuerpo de la presente recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire instrucciones para que en el Hospital General Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Culiacán, Sinaloa, se diseñe e imparta un programa integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos, con especial énfasis en el contenido, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, a fin de que el servicio público que proporcionen, tanto el personal médico como el de enfermería, se ajuste al marco de legalidad y las sanas prácticas administrativas que deben de observar en el ejercicio de sus funciones, garantizando que se apliquen los protocolos de intervención precisos, y evitando de esta manera actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el inicio y trámite de la queja que este organismo público promueva

ante el Órgano Interno de Control de ese instituto, en contra de los médicos que intervinieron en el tratamiento de V1 y envíe a este organismo nacional las constancias que le sean solicitadas.

CUARTA. Se colabore debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, por tratarse de servidores públicos federales los involucrados, y remita a esta Comisión Nacional las constancias que sean requeridas.

QUINTA. Instruya a quien corresponda para que en todos los hospitales a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social, se tomen las medidas necesarias a fin de que exista el personal suficiente y capacitado, para atender con la debida oportunidad y eficiencia, las urgencias médicas que se presenten en cualquier momento, salvaguardando el interés superior de los usuarios de los servicios médicos, evitando de esta manera irregularidades como las que dieron origen al presente pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

La presente recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, le solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a esta notificación.

Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, solicito a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la

fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma.

La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia.

EI PRESIDENTE

DR. RAÚL PLASCENCIA VILLANUEVA