



Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

Síntesis:

Los hechos ocurrieron el 23 de junio de 2009, cuando V1, mujer de 66 años de edad, cónyuge de Q1, acudió al Hospital General de México de la Secretaría de Salud, en donde los médicos que la atendieron le diagnosticaron una pseudooclusión intestinal, condición que requería de una cirugía urgente como tratamiento médico, la cual fue programada pero no se llevó a cabo, por falta de quirófanos disponibles, y V1 falleció el 25 de junio de 2009.

El 11 de agosto de 2009, como consecuencia de lo anterior, Q1 presentó una queja en la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, que por razón de competencia fue turnada a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) ese mismo día, iniciándose el expediente respectivo, y se solicitó información a la Secretaría de Salud sobre la atención otorgada a V1 en el Hospital General mencionado.

Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos observó que existen elementos suficientes que acreditan que se vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1.

Los médicos que la atendieron a su ingreso, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, la diagnosticaron con síndrome doloroso abdominal y constipación crónica; posteriormente V1 fue revalorada por AR10, del Servicio de Gastroenterología, quien descartó que presentara oclusión intestinal y confirmó el diagnóstico de constipación crónica, prescribiendo como tratamiento médico enemas evacuantes. A las 08:00 horas del día siguiente (24 de junio), AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR11 y AR12 asentaron en el expediente clínico que V1 había mejorado e indicaron como tratamiento continuar con los enemas evacuantes.

Posteriormente, ese día, otro médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos, una vez que revisó y valoró a V1, indicó la necesidad de someterla a una cirugía de urgencia. Sin embargo, en la nota médica de las 14:00 horas de ese día, en la que aparecen los nombres de AR1, AR2, AR3 y AR4, consta que, a pesar de haber recibido indicaciones de ese médico de la Unidad de Cuidados Intensivos para intervenir a V1, sus familiares se negaron a ésta. La situación se repitió en la nota médica de las 15:20 horas, en la que aparecen como médicos tratantes AR9, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17 y AR18, en la que se asentó que existían indicaciones de realizar cirugía a V1, pero que tanto ésta como sus familiares no aceptaron dicho procedimiento médico.

Ahora bien, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos advirtió que sí existió la autorización de V1 y sus familiares para que aquélla fuera intervenida dada la

urgencia que presentaba, a través de las cartas de consentimiento bajo procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo, de procedimiento anestésico, para cirugía, de ingreso hospitalario y para trasplante de sangre, componentes sanguíneos y/o células progenitoras hematopoyéticas, que cuentan con la huella digital de V1 y la firma (ilegible) de un familiar responsable. Por lo que, para esta Comisión Nacional, resulta inconducente lo argumentado en el informe remitido por la autoridad.

Por otra parte, a las 15:30 horas del 24 de junio de 2009, AR9, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17 y AR18 solicitaron un quirófano para intervenir a V1, sin embargo, en la nota médica respectiva se observó que no existía disponibilidad de salas de operación en ese momento en el Hospital General de México, por lo que no fue posible intervenir quirúrgicamente a V1. Lo anterior generó la obligación de los médicos tratantes de trasladar a V1 a otro hospital o centro de salud del sector que sí contara con la disponibilidad de turno quirúrgico para su atención inmediata, en términos de lo que establece el artículo 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Igual situación se presentó a las 05:00 horas del 25 de junio de 2009, cuando AR15, AR16, AR17, AR18; AR20 y AR21 asentaron en la nota médica que no había quirófanos disponibles para intervenir a V1; a las 09:00 y 12:00 horas del mismo día AR1, AR2, AR3, AR4, AR7, AR8, AR9, AR11 y AR19 confirmaron la falta de salas de operación y añadieron que dicha situación fue comunicada a los familiares de V1.

En consecuencia, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con base en la opinión de los peritos adscritos a la Visitaduría General que conoció de la queja, estimó que el tratamiento a base de enemas, que fue prescrito a V1, resultó contraindicado, toda vez que provoca mayor presión en un colón que se encuentra con oclusión y, por ende, ya inflamado.

Además, no obstante que V1 fue valorada por 23 médicos del Hospital General de México, ninguno de éstos actuó con la diligencia debida, en atención a lo dispuesto por el artículo 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que dispone la obligación de trasladar a los pacientes que se encuentran en urgencia médica a otro centro médico del sector ante la falta de turnos quirúrgicos.

Por lo anterior, la CNDH observó que el personal médico del Hospital General de México que atendió a V1 vulneró lo dispuesto por los artículos 4o., párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1; 2, fracción V; 19; 21; 23; 27, fracción III; 32; 33, fracciones I, II y III; 34, fracción II; 37, y 51, de la Ley General de Salud, así como 48 y 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, e incurrieron con su conducta en el probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

Aunado a lo anterior, las autoridades responsables dejaron de atender lo previsto en los artículos 6.1 del pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que consagran el derecho a la vida.

Igualmente, el personal médico omitió observar lo dispuesto por los artículos 12.1, y 12.2, incisos c) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y los numerales 10.1, y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que proporciona el Estado a su población.

Consecuentemente se emitió la Recomendación 28/2010, dirigida al Secretario de Salud para efectos de que instruya a quien corresponda a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar los daños y se indemnice a los familiares de V1; que en los hospitales de la Secretaría a su cargo, especialmente en el Hospital General de México, se diseñen e impartan programas integrales 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; que se colabore ampliamente en el inicio y trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud y 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.

RECOMENDACIÓN No. 28/2010

SOBRE EL CASO DE NEGLIGENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

México, D. F., a 28 de mayo de 2010.

DR. JOSÉ ÁNGEL CÓRDOVA VILLALOBOS

SECRETARIO DE SALUD

P R E S E N T E

Distinguido señor secretario:

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 II y III; 15, fracción VII, 24, fracciones II, y IV, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su reglamento interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2009/3971/Q, relacionado con la queja interpuesta por Q1.

Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos, y evitar que su nombre y datos personales 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. Dichos datos se pondrán en conocimiento de las autoridades recomendadas, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, y tendrán el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes, y visto los siguientes:

I. HECHOS

Los hechos ocurrieron el día 23 de junio de 2009, cuando V1, mujer de 66 años de edad, cónyuge de Q1, acudió al Hospital General de México de la Secretaría de Salud, en donde los médicos que la atendieron le diagnosticaron una pseudo-oclusión intestinal, condición que requería de una cirugía urgente como tratamiento médico, la cual fue programada pero no se llevó a cabo, por falta de quirófanos disponibles, y V1 falleció el día 25 de junio de 2009.

El 11 de agosto de 2009, como consecuencia de lo anterior, Q1 presentó una queja en la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, que por razón de competencia fue turnada a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ese mismo día, iniciándose el expediente respectivo, y se solicitó información a la

Secretaría de Salud, sobre la atención otorgada a V1 en el Hospital General mencionado.

II. EVIDENCIAS

A. Queja de Q1, presentada ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, remitida a este organismo nacional el 11 de agosto de 2009.

B. Informe de la Subdirección Jurídica del Hospital General de México de la Secretaría de Salud, enviado mediante oficio SJ/ML/1046/09 el 22 de septiembre de 2009, al cual se adjuntó copia simple del expediente clínico de V1, del certificado de defunción del 25 de junio de 2009, así como del resumen suscrito por AR1.

C. Copia de la programación quirúrgica de V1, así como algunos datos de identificación de los médicos que la atendieron en el Hospital General de México de la Secretaría de Salud, enviada mediante oficio SJ/ML/1181 de la subdirección jurídica del Hospital General de México de la Secretaría de Salud, recibido en esta Comisión Nacional el 26 de octubre de 2009.

D. Opinión médica emitida el 21 de abril de 2010 por la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional, en la que se establecen las consideraciones técnicas sobre la atención médica otorgada a V1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

El 23 de junio de 2009, V1 ingresó al Hospital General de México de la Secretaría de Salud, en donde los médicos que la atendieron le diagnosticaron pseudo-oclusión intestinal, cuyo tratamiento adecuado requería de una cirugía urgente, la cual no se llevó a cabo, según el informe de AR1, por no existir el consentimiento respectivo, y según Q1, por no haber quirófanos disponibles en dicho Hospital General.

Ahora bien, cuando los médicos tratantes solicitaron a la administración del hospital un quirófano (turno quirúrgico), éste no tenía salas de operación disponibles; no obstante, dichos médicos debieron tomar las providencias necesarias ante esta situación para que V1 fuera trasladada a otro centro de salud u hospital del sector que contara con un quirófano disponible, dada la urgencia que presentaba; luego, esa dilación y omisión consideradas como una forma de abandono, provocaron un mayor deterioro de la salud de V1, misma que finalmente desencadenó en su fallecimiento el 25 de junio de 2009.

IV. OBSERVACIONES

Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos observó que

existen elementos suficientes que acreditan que se vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1, por no haberle prestado un servicio adecuado de salud, en términos de lo que establecen las leyes en la materia, atribuible a personal médico del Hospital General de México de la Secretaría de Salud, en atención a las siguientes consideraciones:

El informe rendido por la Subdirección Jurídica y la Coordinación de la Unidad de Cirugía de Urgencias del Hospital General de México, enviado a esta Comisión Nacional el 22 de septiembre de 2009, señala que el 23 de junio de 2009, V1 ingresó al Hospital General de México con un padecimiento de cuatro días de evolución, caracterizado por dolor abdominal en fosa iliaca izquierda, constipación, pujo y tenesmo rectales, náusea y vómito de contenido gástrico, con abdomen globoso por panículo adiposo y hernia postincisional no complicada, sin datos de irritación peritoneal ni de obstrucción intestinal.

Los médicos que la atendieron a su ingreso, esto es: AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, la diagnosticaron con síndrome doloroso abdominal y constipación crónica; posteriormente V1 fue revalorada por AR10, del servicio de Gastroenterología, quién descartó que presentará oclusión intestinal y confirmó el diagnóstico de constipación crónica, prescribiendo como tratamiento médico enemas evacuantes. A las 8:00 horas del día siguiente (24 de junio), AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR11 y AR12 asentaron en el expediente clínico que V1 había mejorado e indicaron como tratamiento continuar con los enemas evacuantes.

Posteriormente, a las 10:00 horas de ese día, otro médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos, una vez que revisó y valoró a V1, indicó la necesidad de someterla a una cirugía de urgencia. Sin embargo, en la nota médica de las 14:00 horas de ese día en la que aparecen los nombres de AR1, AR2, AR3 y AR4 consta que, a pesar de haber recibido indicaciones de ese médico de la Unidad de Cuidados Intensivos para intervenir a V1, sus familiares se negaron a ésta. La situación se repitió en la nota médica de las 15:20 horas, en la que aparecen como médicos tratantes AR9, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17 y AR18, en la que se asentó que existían indicaciones de realizar cirugía a V1, pero que tanto ésta como sus familiares no aceptaron dicho procedimiento médico.

Ahora bien, no obstante lo anterior, del expediente clínico de la atención otorgada a V1, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos advirtió que sí existió la autorización de V1 y sus familiares para que aquélla fuera intervenida dada la urgencia que presentaba, a través de las cartas de consentimiento bajo procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo, de procedimiento anestésico, para cirugía, de ingreso hospitalario y para trasplante de sangre, componentes sanguíneos y/o células progenitoras hematopoyéticas, que cuentan con la huella digital de V1 y la firma (ilegible) de un familiar responsable. Por lo que, para esta Comisión Nacional, resulta inconducente lo argumentado en el informe remitido, en el sentido de que la cirugía no fue posible porque V1 y sus familiares se negaron a dicho procedimiento.

Por otra parte, a las 15:30 horas del mismo día 24 de junio de 2009, AR9, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17 y AR18 solicitaron un quirófano para intervenir a V1; sin embargo, en la nota médica respectiva se observó que no existía disponibilidad de salas de operación en ese momento en el Hospital General de México, por lo que no fue posible intervenir quirúrgicamente a V1, corroborándose con ello la afirmación de Q1. Lo anterior generó la obligación de los médicos tratantes de trasladar a V1 a otro hospital o centro de salud del sector que sí contara con la disponibilidad de turno quirúrgico para su atención inmediata, en términos de lo que establece el artículo 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Igual situación se presentó a las 5:00 horas del día 25 de junio de 2009, cuando AR15, AR16, AR17, AR18; AR20 y AR21 asentaron en la nota médica que no había quirófanos disponibles para intervenir a V1; a las 9:00 y 12:00 horas del mismo día AR1, AR2, AR3, AR4, AR7, AR8, AR9, AR11 y AR19 confirmaron la falta de salas de operación y añadieron que dicha situación fue comunicada a los familiares de V1.

Finalmente, de la lectura del expediente clínico, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos observó que AR8, AR9, AR11, AR13, AR14 y AR19 anotaron a las 15:00 horas del 25 de junio de 2009, que V1 presentó paro respiratorio y posteriormente paro cardíaco sin que respondiera a medidas básicas de reanimación, señalando también que sus familiares indicaron no reanimarla. Se tuvo como hora de defunción las 15:00 horas de ese día y como causa de muerte, choque séptico y falla orgánica múltiple.

Con base en la opinión médica emitida por los peritos adscritos a la Visitaduría General que conoció del presente asunto, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos estima que la atención otorgada a V1 en el Hospital General de México fue inadecuada.

En este sentido, la CNDH advirtió que AR10 quien valoró a V1 a las 19:00 horas del 23 de junio de 2009 y la diagnosticó con megacolon, omitió solicitar una sala de cirugía inmediatamente, aun cuando ésta cumplía con los criterios de choque hemodinámico (con leucocitosis, deshidratación e hipotensión) y no respondía a la administración de soluciones intravenosas, ni mejoraba ante la administración de enemas, que además, en términos médicos, eran contraindicados, toda vez que al introducir más líquido en un paciente con megacolon, se ejerce más presión e inflamación en el colon, lo que por lógica, aumenta el riesgo de ruptura intestinal. Por su parte, AR22 del servicio de Coloproctología, quien valoró a V1 a las 23:30 horas del 23 de junio de 2009, indicó que ésta no presentaba alarma quirúrgica y debía continuar con tratamiento a base de enemas, descartando criterios para ser transferida a otro hospital.

El día 24 de junio de ese año, V1 fue valorada de nueva cuenta, por AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR11 y AR12, y ninguno de estos médicos indicó la necesidad de

tratamiento quirúrgico de urgencia, no obstante que en la nota médica de ese día, en la que aparecen sus nombres, se asentó que V1 continuaba con dolor abdominal de tipo cólico difuso con desequilibrio hidroeléctrico, taquicardia y taquipnea, además de que presentaba síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Asimismo, el 25 de junio, los médicos tratantes, ante la ausencia de turno quirúrgico, de nueva cuenta omitieron trasladar a V1 a otro hospital para ser atendida de urgencia.

En suma, el cuadro de megacolon tóxico que presentó V1, mismo que no fue tratado adecuadamente, en primer lugar por haber indicado un tratamiento equivocado a base de enemas y en segundo por la omisión de haberla intervenido quirúrgicamente o en su defecto haberla trasladado a otro hospital que contara con quirófano disponible, provocó en V1 un desequilibrio hidroeléctrico por secuestro intestinal, lo que fue la causa de su muerte.

En este contexto, para esta Comisión Nacional resulta especialmente grave que del análisis realizado al expediente clínico de V1, se advierta que ésta fue atendida por 23 médicos del Hospital General de México y ninguno la haya enviado de manera urgente a un quirófano o en su defecto a otro hospital del sector que contara con quirófanos disponibles para que fuera intervenida, así como también que en las notas médicas no aparezcan los datos de identificación completos y las firmas de los médicos tratantes, contrario a lo dispuesto por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, es decir, dicho personal médico no actuó con la diligencia que debe observarse en el desempeño del servicio público por todos los funcionarios a quienes le son encomendadas tareas propias del Estado, en especial aquellas que son de naturaleza delicada como los servicios de salud pública.

Por lo expuesto, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos observó que el multicitado personal médico del Hospital General de México, que atendió a V1, vulneró lo dispuesto por los artículos 4, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracción V, 19, 21, 23, 27, fracción III, 32, 33, fracciones I, II y III, 34, fracción II, 37 y 51, de la Ley General de Salud; así como 48 y 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, e incurrieron con su conducta en el probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, que prevé la obligación de los servidores públicos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

Aunado a lo anterior, las autoridades responsables dejaron de atender lo previsto en los artículos 6.1, del pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y I, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que consagran el derecho a la vida.

Igualmente, el personal médico omitió observar lo dispuesto por los artículos 12.1, y 12.2, incisos c) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; los numerales 10.1, y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que proporciona el Estado a su población y ratifican el contenido del artículo 4, párrafo tercero, 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, y de adoptar para ello las medidas necesarias para la plena efectividad de ese servicio.

Ahora bien, 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 CNDH, 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 ese derecho debe entenderse como la prerrogativa a 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 y la efectividad de dicho derecho 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 de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas. En el presente caso, los médicos que atendieron a V1 debieron considerar que en atención al interés superior del paciente y en función de la gravedad de su padecimiento, debieron realizar un diagnóstico cumpliendo con la debida diligencia requerida en el servicio público, que les permitiera proporcionarle un tratamiento pertinente, con la calidad y calidez que deben imperar en la prestación de dicho servicio público de salud, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo.

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, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 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 reparación conducente a quien mejor tenga derecho a ello.

En virtud de lo expuesto y 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, párrafo segundo, 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 de la Secretaría de Salud, 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.

En consecuencia, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos le formula respetuosamente a usted, señor secretario de Salud, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Instruya a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar los daños y se indemnice a los familiares de V1, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrieron los médicos del Hospital General de México que la trataron, en virtud de las consideraciones planteadas en el cuerpo de la presente recomendación, enviando a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire instrucciones a quien corresponda, para que en los hospitales de la Secretaría a su cargo, especialmente en el Hospital General de México, se diseñen e impartan programas integrales 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 evitar 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 promueva ante el Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud, en contra de los médicos que intervinieron en el tratamiento de V1, enviando a este organismo nacional las constancias que le sean requeridas.

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 le sean solicitadas.

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, se le solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de 15 días hábiles siguientes a esta notificación.

Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se le solicita que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro de un término de 15 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.

EL PRESIDENTE

DR. RAÚL PLASCENCIA VILLANUEVA