



Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

SÍNTESIS:

El 18 de octubre de 2010, V1, de 35 años de edad y que cursaba con un embarazo de 32 semanas de gestación, acudió a consulta ginecológica con su médico particular, quien observó que el producto V2 no estaba recibiendo oxigenación suficiente, y que sería necesario realizarle una cesárea, remitiéndola al Hospital General de Zona Número 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Zacatecas, Zacatecas; por ello, alrededor de las 18:30 horas de ese día, V1 acudió al Área de Urgencias del mencionado nosocomio, donde el personal médico que la atendió le informó que sería ingresada a quirófano.

Sin embargo, AR1, médico adscrito al citado Hospital General de Zona Número 1, del IMSS, decidió que no se le realizaría la cesárea bajo el argumento de que V2 debía permanecer dos semanas más en el vientre para que maduraran sus pulmones, aun cuando T1 le mostró los resultados de los estudios, precisándole que su hija presentaba una urgencia médica; al respecto, AR1 manifestó que los estudios no eran significativos para practicar la cesárea; V1 permaneció bajo observación.

A las 04:00 horas del 19 de octubre de 2010, V1 notó que la frecuencia cardiaca de V2 había disminuido, situación que hizo del conocimiento de un médico internista, quien le informó que V2 había fallecido; asimismo, V1 señaló que fue inducida a parto hasta las 03:15 horas del 20 de octubre de 2010, en el que se obtuvo a V2 con doble circular de cordón en cuello y tórax, lo que la afectó emocionalmente.

Por lo anterior, el 26 de octubre de 2010, V1 presentó una queja en la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, la cual fue turnada a esta Comisión Nacional el 11 de noviembre del mismo año, y solicitó el informe respectivo, así como una copia del expediente clínico de V1 al IMSS; sin embargo, el Titular de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS, comunicó la imposibilidad de remitir el expediente, toda vez que se había extraviado.

Mediante un oficio del 22 de marzo de 2011, el Titular de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS envió a este Organismo Nacional una constancia de hechos del 21 de febrero del mismo año, elaborada con motivo del extravío del expediente clínico de V1, en la cual se precisó que solamente se encontró una copia del certificado de muerte fetal.

El inadecuado manejo del expediente clínico ha sido una preocupación permanente para este Organismo Nacional, ya que en reiteradas ocasiones se han observado omisiones por parte del personal del IMSS, en el cumplimiento del

numeral 5.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico, el cual establece que los prestadores de servicios médicos están obligados a integrar y conservar el expediente clínico y que los establecimientos serán solidariamente responsables; ya en la Recomendación 27/2011 se observó precisamente tal incumplimiento.

No obstante que el artículo 38 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos establece que cuando en el informe enviado por la autoridad responsable a este Organismo Nacional no exista la documentación en la que apoye su versión, se tendrán por ciertos los hechos que haya manifestado el quejoso; sin embargo, en este caso dicha hipótesis no se actualizó, ya que el perito medicoforense de esta Comisión Nacional que conoció del asunto elaboró una opinión técnica tomando en consideración una de las notas médicas generadas con la consulta de V1 a su médico particular el 18 de octubre de 2010, el informe de AR1 y el certificado de muerte fetal del día 20 del mes y año citados. En este contexto, del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2010/6505/Q, se contó con elementos que permitieron acreditar violaciones al derecho a la igualdad, a la protección de la salud y al derecho a la vida en agravio de V1 y V2, respectivamente, atribuible a AR1, en atención a las siguientes consideraciones:

El 18 de octubre de 2010, V1 acudió a consulta con su médico particular, especialista en ginecoobstetricia, quien la diagnosticó con un embarazo de 32 semanas de gestación y le indicó un estudio tococardiográfico, mismo que reportó un trazo silente; asimismo, el mencionado médico precisó en su nota que V1 presentó un cuadro clínico de hipomotilidad fetal, lo que motivó que la enviara de forma urgente al IMSS para que se le efectuara una cesárea; V1 acudió al Área de Urgencias del Hospital General de Zona Número 1, del IMSS, en Zacatecas, Zacatecas, en el que el personal médico que la atendió le indicó que se le realizaría una cesárea, le practicaron una tricotomía, le canalizaron la vena y la ingresaron a las 19:55 horas al Servicio de Tococirugía, circunstancia que constó en la hoja de registro diario de ingresos.

V1 fue atendida por AR1, quien según el dicho de la víctima, a las 22:00 horas de ese mismo día le informó a su madre (T1) que no practicaría la cesárea, a lo que ésta le respondió que su médico la había enviado con carácter de urgente, toda vez que V2 no estaba recibiendo una adecuada oxigenación, y le mostró el tococardiograma; AR1 comentó que dicho estudio no era determinante para intervenir a V1, y que la mencionada cirugía se practicaría en dos semanas para que los pulmones del producto maduraran.

Alrededor de las 24:00 horas, V1 preguntó a AR1 sobre su estado de salud y por qué no le habían practicado la cesárea, a lo que éste nuevamente respondió que V2 permanecería dos semanas más en el vientre, y la víctima le respondió que ella había sido remitida a ese nosocomio por su médico particular para que se le

practicara la mencionada cirugía, en razón de que presentaba una urgencia médica, ya que su producto no estaba recibiendo suficiente oxigenación; posteriormente, a las 04:00 horas del 19 de octubre de 2010, V1 le comentó a uno de los médicos internos que la frecuencia cardíaca de V2 había disminuido, quien se concretó a buscar la frecuencia del producto, sin encontrar la misma, situación que le fue informada a V1.

Al respecto, en su informe AR1 precisó que alrededor de las 20:30 horas del 18 de octubre de 2010 valoró a V1, y que el primer médico que atendió a la víctima a su ingreso al hospital en ningún momento le señaló que le sería realizada una cesárea; igualmente refirió que informó a V1 sobre su estado de salud, y que se le realizaría un nuevo ultrasonido y registro cardiotocográfico, interrogándola sobre quién le había indicado que se le debía de practicar una cesárea, a lo que la paciente respondió que había sido su médico particular; AR1 exploró a la víctima por ultrasonido, en el cual observó que V2 se encontraba con vida y con una frecuencia cardíaca dentro de los parámetros normales e informó a V1 sobre la conveniencia de aplicar un esquema de inductores de maduración pulmonar antes de practicarle una cesárea.

Lo anterior también fue informado por AR1, a T1 (madre de V1) y a otro familiar, quienes según el dicho del mencionado servidor público le reiteraron que el médico particular de V1 la había enviado a ese lugar, con la finalidad de que le practicaran una cesárea con carácter urgente, a lo que les respondió que el estudio que el médico particular había ordenado a V1 no era valorable al 100 %, sin que ellos le manifestaran algún otro motivo que indicara la realización de la cesárea, precisando que él indicó que la cesárea se llevaría a cabo entre 24 a 48 horas después de que aplicara la última dosis de inductores de maduración pulmonar fetal.

Por lo anterior, se observó que AR1 omitió realizar a V1 las pruebas de bienestar fetal preparto, así como llevar a cabo una vigilancia y monitoreo continuo de la frecuencia cardíaca de V2, a fin de establecer el momento oportuno para interrumpir el embarazo y prevenir la falta de oxigenación del producto y, con ello, su fallecimiento; es decir que la causa de muerte descrita en el certificado de defunción fetal de V2, esto es, la interrupción de la circulación materno-fetal como consecuencia de la doble circular de cordón al cuello, adicionada a la falta de una adecuada atención médica por parte de AR1, que le hubiera permitido ubicar que el producto presentaba sufrimiento fetal, y con ello determinar la interrupción del embarazo, implicaron que se negara al producto la oportunidad que tenía de vivir, convalidándose con ello la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y el fallecimiento de V2.

En este sentido, en la Recomendación 05/2011, este Organismo Nacional hizo hincapié en la importancia que tiene una adecuada vigilancia obstétrica que permita detectar en forma oportuna el sufrimiento fetal del producto que presente

circular de cordón, circunstancia que no ocurrió en este caso y que implicó que se dejara de observar el contenido de la NOM-007-SSA2-1993 Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio.

Además, causó especial preocupación a este Organismo Nacional el hecho de que AR1 haya señalado en su informe que no tenía conocimiento de los antecedentes del embarazo de V1, y que precisara que la víctima acudió a ese nosocomio “no por cuestiones de urgencia sino por ahorrarse la atención en medio privado”, lo que constituyó un acto discriminatorio hacia las víctimas, en razón de que tras una especulación sobre la posibilidades económicas de V1 para atenderse en una institución privada, omitió brindarle la atención médica de urgencia que requería, y dejó en condición vulnerable a V2 respecto de su salud y su vida.

Por lo anterior, esta Comisión Nacional, el 24 de junio de 2011, emitió la Recomendación 37/2011, dirigida al Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, para que se reparare el daño e indemnice a V1, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió AR1, médico adscrito al Hospital General de Zona Número 1, del IMSS, en Zacatecas, Zacatecas, y envíe a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento; que se reparen los daños físicos y psicológicos a V1, a través del tratamiento médico, psicológico y de rehabilitación; que se diseñen e impartan cursos integrales de capacitación y formación en materia de Derechos Humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, y envíe a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, y las demás constancias con las que se acredite su cumplimiento; que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Zona Número 1, del IMSS, en Zacatecas, Zacatecas, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas; que se adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos no se extravíen y se vigile continuamente que los mismos se encuentren debidamente integrados; que se colabore en la presentación de la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, en contra de AR1, y que se colabore en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional ante la Procuraduría General de la República.

RECOMENDACIÓN No.37/2011

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, DEL IMSS, EN EL ESTADO DE ZACATECAS, EN AGRAVIO DE V1 Y V2.

México, D.F., a 24 de junio de 2011.

**MAESTRO DANIEL KARAM TOUMEH
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
P R E S E N T E**

Distinguido señor director general:

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 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, fracciones II y 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/1/2010/6505/Q, relacionados con el caso de V1 y V2.

Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres 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. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

I. HECHOS

El 18 de octubre de 2010, V1, de 35 años de edad que cursaba con un embarazo de 32 semanas de gestación, acudió a consulta ginecológica con su médico particular, quien para conocer el estado de salud de V2 (producto), le practicó un ultrasonido y le ordenó realizarse un tococardiograma; como resultado de dichos estudios, observó que V2 no estaba recibiendo oxigenación suficiente, y que por

ello sería necesario realizarle una cesárea, remitiéndola al Hospital General de Zona No. 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la ciudad de Zacatecas, Zacatecas; ya que en éste último, contaban con la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatos, así como con especialistas en pediatría.

Por lo anterior, alrededor de las 18:30 horas de ese día, V1 acudió al área de Urgencias del mencionado Hospital General, donde el personal médico que la atendió le practicó otro ultrasonido y de los resultados del mismo, le informaron que sería ingresada a quirófano con la finalidad de realizarle una cesárea; por lo que, le efectuaron una tricotomía, le canalizaron la vena y la conectaron al todocardiograma.

Sin embargo, a pesar de que V1 ya estaba preparada para la intervención quirúrgica, manifestó que AR1, médico adscrito al citado Hospital General de Zona No. 1, del IMSS, decidió que no se le realizaría la mencionada cesárea bajo el argumento de que V2, debía permanecer dos semanas más en su vientre para que maduraran sus pulmones, aun cuando T1, madre de la víctima, le mostró los resultados de los estudios que se le habían practicado, precisándole que su hija presentaba una urgencia médica; al respecto, AR1, manifestó que los estudios realizados no eran significativos para practicar la cesárea y que al día siguiente se le realizarían nuevos estudios a la víctima.

V1 permaneció bajo observación del servicio de Tococirugía, en donde los médicos que la atendieron, según su dicho, registraban la frecuencia cardiaca de V2 y la anotaban, sin darle ninguna información sobre su estado de salud y el de su producto, por lo que alrededor de las 24:00 horas, del 18 de octubre de 2010, la víctima le preguntó a AR1, por qué no le hacían de una vez la cesárea, a lo que el médico responsable le manifestó, que esa cirugía se le realizaría en dos semanas, ya que los pulmones de V2 debían de madurar. Posteriormente, V1 le señaló nuevamente a AR1, la condición de urgencia por la que llegó a ese Hospital General de Zona, a lo que el mencionado médico contestó que V2 nacería antes de los nueve meses, pero que en ese momento no podía practicarle la cesárea.

Aproximadamente a las 04:00 horas del 19 de octubre de 2010, V1, notó que la frecuencia cardiaca de V2 había disminuido, situación que hizo del conocimiento de un médico internista, mismo que al revisarla y verificar su estado de salud, buscó a AR1, médico adscrito al Hospital General de Zona No. 1, del IMSS, para informarle que V2 había fallecido.

Asimismo, V1 señaló en su escrito de queja que AR1 decidió que sería inducida a parto, circunstancia que ocurrió hasta las 03:15 horas del 20 de octubre de 2010, en el que se obtuvo a V2, producto de 32 semanas de gestación, con un peso de 1400 gramos, 40 centímetros de longitud, que presentó doble circular de cordón en cuello y tórax; igualmente la víctima, precisó que el hecho de haber

permanecido con V2 muerto tanto tiempo en su vientre y viendo como nacían otros bebés en el servicio de Tococirugía la afectó emocionalmente.

Finalmente, la víctima precisó que su madre, T1, acudió con el director del Hospital General de Zona No. 1, del IMSS en Zacatecas, Zacatecas, para obtener una explicación sobre lo que había sucedido, quien le señaló llanamente que tenía que defender a AR1, ya que no era un “médico flojo”, sino que éste había tomado la decisión equivocada.

En virtud de lo anterior, el 26 de octubre de 2010, V1 presentó queja en la Comisión de Derechos Humanos del estado de Zacatecas, la cual fue turnada en razón de competencia a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, el 11 de noviembre del mismo año, por lo que este organismo nacional solicitó el informe respectivo, así como copia del expediente clínico de V1 al Instituto Mexicano del Seguro Social; al respecto, es importante señalar que el titular de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS, comunicó la imposibilidad de remitir el expediente clínico de la víctima solicitado, toda vez que se había extraviado.

II. EVIDENCIAS

A. Queja presentada por V1, el 26 de octubre de 2010, ante la Comisión de Derechos Humanos del estado de Zacatecas, la cual por razón de competencia se remitió a este organismo nacional el 11 de noviembre de ese año.

B. Oficio de 31 de enero de 2011, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS, al que anexó un informe sin fecha, suscrito por AR1, médico adscrito al Hospital General de Zona No. 1, de ese Instituto en Zacatecas, Zacatecas, en el que precisó la atención médica que otorgó a V1 y V2.

C. Acta circunstanciada de 15 de marzo de 2011, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la gestión realizada con personal adscrito a la Coordinación Técnica de Orientación e Información del IMSS, para que se remitiera a este organismo nacional el expediente clínico de la atención médica otorgada a V1 en el Hospital General de Zona No. 1, de ese Instituto en Zacatecas, Zacatecas, quien precisó que lo estaban buscando y que en caso de que no se localizara, darían vista al Órgano Interno de Control.

D. Oficio de 22 de marzo de 2011, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS, al que anexó una constancia de hechos de 21 de febrero del mismo año, levantada en la Dirección del Hospital General de Zona No. 1, de ese Instituto en Zacatecas, Zacatecas, por el coordinador clínico de Gineco-Obstetricia, el coordinador clínico de Pediatría, el subdirector médico, la jefa del Departamento de Trabajo Social y el encargado del Departamento de Arimac, con motivo del extravío del expediente clínico de V1.

E. Oficio de 28 de marzo de 2011, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS, al que anexó copia de diversa documentación, de la que destacó:

1. Hoja de registro diario de ingresos, en la que se hizo constar que V1 ingresó al servicio de Tococirugía del Hospital General de Zona No. 1; del IMSS en Zacatecas, Zacatecas, a las 19:55 horas del 18 de octubre de 2010.

2. Hoja de registro de partos, productos y abortos del Hospital General de Zona No. 1, del IMSS en Zacatecas, Zacatecas, en la que se asentó que a las 03:15 horas del 20 de octubre de 2010, se obtuvo a V2, producto masculino óbito.

3. Certificado de muerte fetal de V2, de 20 de octubre de 2010, en el que se refiere que el producto contaba con 32 semanas de gestación y como causas de su defunción interrupción de la circulación materno fetal y doble circular de cordón a cuello.

4. Memorándum interno de 25 de marzo de 2011, suscrito por SP1, director del Hospital General de Zona No. 1, del IMSS en Zacatecas, Zacatecas, en el que informó sobre las acciones tomadas por ese hospital para prevenir la repetición de actos que motivaron el extravío del expediente clínico de V1.

F. Acta circunstanciada de 15 de abril de 2011, en la que un visitador adjunto de esta Comisión Nacional, hizo constar la comunicación telefónica sostenida con V1, quien informó que por los acontecimientos motivo de su queja presentó denuncia de hechos ante el agente del Ministerio Público de la Federación, quien inició una averiguación previa, misma que se encuentra en integración.

G. Oficio de 28 de abril de 2011, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS, al que anexó copia del oficio de 15 del mismo mes y año, firmado por el delegado de ese Instituto en el estado de Zacatecas, mediante el cual remitió al titular del Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades, los antecedentes del caso, así como la investigación administrativa laboral, a fin de que valorara la procedencia de una investigación administrativa y deslindara responsabilidades, legales, administrativas y de daño patrimonial por el extravío del expediente de V1.

H. Acta circunstanciada de 2 de junio de 2011, en la que un visitador adjunto de esta Comisión Nacional hizo constar la comunicación telefónica sostenida con V1, quien informó que aportaría diversa documentación sobre su atención médica en la vía particular, de la que destacó:

1. Nota médica de 18 de octubre de 2010, suscrita por el médico particular de V1, en la cual se diagnosticó a V1 asintomática y con hipomotilidad fetal, y en la que

se indicó que se enviaba de manera urgente a la víctima al IMSS, sugiriendo practicarle una cesárea.

I. Opinión médica emitida el 2 de junio de 2011, por un perito médico forense de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, que conoció del asunto en la que se establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital General de Zona No. 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Zacatecas, Zacatecas.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

El 18 de octubre de 2010, V1 fue valorada por su médico particular, quien le diagnosticó un trazo cardiotocográfico silente e hipomotilidad fetal, por lo que le indicó que acudiera de forma urgente al Hospital General de Zona No. 1, del IMSS en Zacatecas, Zacatecas, para que se le efectuara una cesárea, donde el personal médico que la atendió determinó su ingreso al servicio de Tococirugía; sin embargo, posteriormente, AR1, médico adscrito al mencionado nosocomio, omitió valorarla y vigilarla adecuadamente, y no detectó que V2 presentó sufrimiento fetal y como consecuencia un proceso asfíctico que lo llevó a la muerte.

Es importante destacar que mediante oficio de 28 de abril de 2011, el titular de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS, informó que con motivo del extravío del expediente clínico de V1, el delegado de ese Instituto en el estado de Zacatecas, por oficio de 15 de ese mes y año, dio vista al titular del Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del Órgano Interno de Control en ese Instituto. Asimismo, V1 informó que presentó denuncia ante el agente del Ministerio Público de la Federación, quien inició la averiguación previa correspondiente, y que a la fecha se encuentra en integración.

IV. OBSERVACIONES

Antes de entrar al análisis de la atención médica que se otorgó a V1 y V2, en el Hospital General de Zona No. 1, del IMSS en Zacatecas, Zacatecas, es importante destacar que mediante oficios de 4 y 26 de enero de 2011, respectivamente, suscritos por el director general de la Primera Visitaduría General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicitó al coordinador de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del mencionado Instituto un informe con relación a los hechos manifestados por V1, así como copia del expediente clínico en el que constara la atención médica que se le otorgó a la víctima y a su producto en el mencionado Hospital General; sin embargo, en el oficio de 31 de enero de 2011, el titular de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS, solamente envió copia del informe de AR1, médico que atendió a V1.

En este sentido, el 15 de marzo de 2011, se celebró una brigada de trabajo en las instalaciones de esta Comisión Nacional, en la que la visitadora adjunta que

conoció del asunto, señaló a personal del IMSS, que en el informe de 31 de enero de 2011, enviado a este organismo nacional, no se anexó copia del expediente clínico de V1, a lo que los servidores públicos del mencionado Instituto, contestaron que el expediente de la víctima se estaba buscando y que en caso de que no fuera localizado se daría vista al Órgano Interno de Control, situación que se hizo constar en el acta circunstanciada de esa misma fecha.

Mediante oficio de 22 de marzo de 2011, el titular de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS envió a este organismo nacional una constancia de hechos de 21 de febrero del mismo año, elaborada por diversos servidores públicos de ese Instituto, con motivo del extravío del expediente clínico de V1, en la cual además se precisó que solamente se encontró una copia del certificado de muerte fetal de V2; asimismo, mediante oficio de 28 del mismo mes y año, suscrito por el mencionado servidor público, informó a esta Comisión Nacional las medidas que se habían tomado por el director del Hospital General de Zona No. 1, de ese Instituto en Zacatecas, con la finalidad de evitar la pérdida de expedientes clínicos.

El inadecuado manejo del expediente clínico, ha sido una preocupación permanente para este organismo nacional, ya que en reiteradas ocasiones se han observado omisiones por parte del personal del IMSS, en el cumplimiento del numeral 5.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, el cual establece que los prestadores de servicios médicos están obligados a integrar y conservar el expediente clínico y que los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esa obligación, por cuanto hace al personal que presta sus servicios en los mismos; ya en la recomendación 27/2011, emitida el 24 de mayo del presente año, se observó precisamente tal incumplimiento ante la pérdida del mencionado expediente clínico.

Asimismo, los artículos 77, Bis 9, fracción V, de la Ley General de Salud, 134 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 6 y 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, en su parte conducente señalan que la calidad de los servicios prestados debe de considerar al menos la integración de expedientes clínicos, en los que se deberá dejar constancia sobre los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes, además de que los mismos sólo serán manejados por personal autorizado y que su uso y resguardo se realizará de conformidad con la norma oficial mexicana correspondiente.

Al respecto, es importante destacar que, no obstante que el artículo 38 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, establece que cuando en el informe enviado por la autoridad responsable a este organismo nacional no exista la documentación en la que apoye su versión, se tendrán por ciertos los hechos que haya manifestado el quejoso; sin embargo, en este caso dicha hipótesis no se actualizó, ya que el perito médico forense de esta Comisión Nacional que conoció

del asunto, elaboró una opinión técnica tomando en consideración, una de las notas médicas generadas con la consulta de V1 a su médico particular el 18 de octubre de 2010, el informe de AR1, médico adscrito al Hospital General de Zona No. 1, del IMSS, y el certificado de muerte fetal del 20 de ese mismo mes y año; estos últimos, enviados por el titular de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS mediante oficios de 31 de enero y 28 de marzo de 2011.

En este contexto, del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2010/6505/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se contó con elementos que permitieron acreditar violaciones al derecho a la igualdad, a la protección de la salud y al derecho a la vida en agravio de V1 y V2, respectivamente, atribuible a AR1, médico adscrito al Hospital General de Zona No. 1; del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en Zacatecas, Zacatecas, en atención a las siguientes consideraciones:

El 18 de octubre de 2010, V1 acudió a consulta con su médico particular, especialista en Gineco-Obstetricia, quien la diagnosticó con un embarazo de 32 semanas de gestación, y después de explorarla físicamente, le indicó un estudio tococardiográfico, mismo que le fue practicado a las 18:00 horas de ese día y que reportó un trazo silente; asimismo, el mencionado médico particular precisó en su nota de esa misma fecha que V1, presentó un cuadro clínico de hipomotilidad fetal, lo que motivó que la enviara de forma urgente al Instituto Mexicano del Seguro Social para que se le efectuara una cesárea.

En esa misma fecha, V1 acudió al área de Urgencias del Hospital General de Zona No. 1, del IMSS en Zacatecas, Zacatecas, en el que el personal médico que la atendió, según el dicho de la víctima, le indicó que se le realizaría una cesárea, por lo que le practicaron una tricotomía, le canalizaron la vena y la ingresaron a las 19:55 horas al servicio de Tococirugía, circunstancia que constó en la hoja de registro diario de ingresos.

Así las cosas, V1 fue atendida por AR1, médico adscrito al Hospital General de Zona No. 1, del IMSS en Zacatecas, Zacatecas, quien según el dicho de la víctima, a las 22:00 horas de ese mismo día le informó a su madre (T1), que no practicaría la cesárea, a lo que ésta le respondió que el médico particular de su hija, la había enviado con carácter de urgente, toda vez que V2 no estaba recibiendo una adecuada oxigenación, y le mostró el tococardiograma que se le había realizado a la víctima en esa misma fecha; en este sentido, AR1 comentó que dicho estudio no era determinante para intervenir a V1 y que al siguiente día se harían otros estudios tanto a V1 como a V2, precisando que la mencionada cirugía se practicaría en dos semanas, con la intención de que los pulmones del producto maduraran.

Alrededor de las 24:00 horas, V1 preguntó a AR1, médico del Hospital General de Zona No. 1, del IMSS, sobre su estado actual de salud y por qué no le habían practicado la cesárea, a lo que éste nuevamente respondió que V2 permanecería dos semanas más en el vientre, y la víctima le respondió, que ella había sido remitida a ese nosocomio por su médico particular precisamente para que se le practicara la mencionada cirugía, en razón de que presentaba una urgencia médica, ya que su producto no estaba recibiendo suficiente oxigenación.

Posteriormente, a las 04:00 horas del 19 de octubre de 2010, V1 le comentó a uno de los médicos internos que se encontraba monitoreando el estado de salud de otra paciente que la frecuencia cardiaca de V2 había disminuido, quien se concretó a buscar la frecuencia del producto, sin encontrar la misma, situación que le fue informada a V1 y que motivó que a las 04:15 horas el médico interno despertara a AR1, quien se encontraba dormido en otra de las camas de ese lugar, quien preguntó por qué no lo habían despertado antes.

Al respecto, el 4 de febrero de 2011, el titular de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS envió un informe sin fecha suscrito por AR1, médico adscrito al servicio del Hospital General de Zona No. 1, del multicitado Instituto, en el que precisó que efectivamente, alrededor de las 20:30 horas del 18 de octubre de 2010, valoró a V1 en la sala de Bajo Riesgo, precisando que el primer médico que atendió a la víctima a su ingreso al hospital solamente indicó su preparación (canalización, toma de muestras de laboratorio, entre otros), pero que en ningún momento señaló que le sería realizada una cesárea.

Igualmente, AR1 refirió que informó a V1 sobre su estado de salud, y que se le realizaría un nuevo ultrasonido y registro cardiotocográfico, interrogándola sobre quién le había indicado que se le debía de practicar una cesárea, a lo que la paciente respondió que, había sido su médico particular; asimismo, AR1 exploró a la víctima por ultrasonido, en el cual observó que V2 se encontraba con vida y con una frecuencia cardiaca dentro de los parámetros normales e informó a V1 sobre la conveniencia de aplicar un esquema de inductores de maduración pulmonar antes de practicarle una cesárea.

Lo anterior, también fue informado por AR1, médico adscrito al Hospital General de Zona No. 1, del IMSS en Zacatecas, Zacatecas, a T1 (madre de V1) y a otro familiar, quienes según el propio dicho del mencionado servidor público le reiteraron que el médico particular de V1 la había enviado a ese lugar, con la finalidad de que le practicaran una cesárea con carácter urgente, a lo que les respondió que el estudio que el médico particular había ordenado a V1 no era valorable al 100%, en atención a la edad gestacional de V2 (32 semanas), sin que ellos le manifestaran algún otro motivo que indicara la realización de la cesárea; precisando que él no conocía los antecedentes del embarazo de la paciente y que en ningún momento manifestó que el producto debería de permanecer otras dos semanas en el vientre de su madre, y sí que la cesárea se llevaría a cabo entre 24

a 48 horas después de que aplicara la última dosis de inductores de maduración pulmonar fetal, situación con la cual, supuestamente los familiares de las víctimas estuvieron de acuerdo.

En este orden de ideas, de las evidencias obtenidas se observó que AR1, omitió realizar a V1 las pruebas de bienestar fetal preparto; esto es, una cardiotocografía, un test estresante o prueba de tolerancia a las contracciones, estimulación vibroacústica y perfil biofísico, así como llevar a cabo una vigilancia y monitoreo continuo de la frecuencia cardíaca de V2, a fin de establecer el momento oportuno para interrumpir el embarazo y prevenir la falta de oxigenación del producto y con ello, su fallecimiento.

Es decir que, si AR1, hubiera realizado las mencionadas pruebas a V1, así como una vigilancia estrecha y continua de V2, hubiera detectado que éste presentaba datos de sufrimiento fetal, como consecuencia de la doble circular de cordón que presentó al momento en que se extrajo, circunstancia que constó en el certificado de defunción fetal de 20 de octubre de 2010, situaciones que no ocurrieron en el presente caso y que desencadenó un proceso asfíctico a V2, así como daño permanente a su sistema nervioso central, pérdida de la actividad cardíaca y de los movimientos respiratorios, que condicionaron que presentara una falla orgánica múltiple y finalmente su muerte, lo que era previsible, ya que V1 se encontraba hospitalizada y supuestamente bajo observación médica.

Por lo descrito en los párrafos anteriores, para esta Comisión Nacional la causa de muerte descrita en el certificado de defunción fetal de V2; esto es, la interrupción de la circulación materno fetal como consecuencia de la doble circular de cordón al cuello, adicionada a la falta de una adecuada atención médica por parte de AR1, que le hubiera permitido ubicar que el producto presentaba sufrimiento fetal, y con ello determinar la interrupción del embarazo, implicaron que se negara al producto la oportunidad que tenía de vivir, convalidándose con ello la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y el fallecimiento de V2.

En este sentido, es importante mencionar como precedente, que en la recomendación 05/2011, emitida el 3 de febrero de 2011, este organismo nacional, hizo hincapié en la importancia que tiene precisamente una adecuada vigilancia obstétrica que permita detectar en forma oportuna el sufrimiento fetal del producto que presente circular de cordón; circunstancia que no ocurrió en este caso, y que implicó que se dejara de observar el contenido de la norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, que establece que, la atención de la mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado.

Además, causó especial preocupación a este organismo nacional el hecho de que AR1, médico adscrito al Hospital General de Zona No. 1, del IMSS, haya señalado en su informe que no tenía conocimiento de los antecedentes del embarazo de V1, y que precisara que la víctima acudió a ese nosocomio por una sola vez, para que le fuera practicada una cesárea, “no por cuestiones de urgencia sino por ahorrarse la atención en medio privado”; al respecto, el 15 de abril de 2011, la víctima señaló a personal de este organismo nacional que el día en que ocurrieron los hechos su madre le compró un seguro facultativo, es decir, que no era derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En este sentido, es importante destacar que la conducta de AR1, constituyó un acto discriminatorio hacia las víctimas, en razón de que tras una especulación sobre la posibilidades económicas de V1 para atenderse en una institución privada, omitió brindarle la atención médica de urgencia que requería, y dejó en condición vulnerable a V2 respecto de su salud y su vida; por lo que no observó el contenido del artículo 77, Bis 9, de la Ley General de Salud, que en su parte conducente establece que todos los mexicanos sin importar su condición social tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, de conformidad con los artículos 1, párrafo quinto, y 4, párrafos tercero, sexto y séptimo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

Por lo anterior, AR1, médico adscrito al Hospital General de Zona No. 1, del IMSS, en Zacatecas, Zacatecas, que atendió a V1 y V2, vulneró sus derechos a la protección de la salud y a la vida, respectivamente, contenidos en los artículos 1, párrafo primero, segundo y tercero; 4, párrafos tercero, sexto y séptimo y 14, párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracción V; 3, fracción IV; 23, 27, fracciones III y IV; 32, 33, 37, 51, 61, fracción I, y 77, Bis 9, de la Ley General de Salud; 48, 99 y 134 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 5, 6, 8, 43, 71 y 90 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como con el contenido de las normas oficiales mexicanas NOM-168-SSA-1-1998, del Expediente Clínico y NOM-031-SSA2-1999, Para la

Atención a la Salud del Niño, NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio.

Igualmente, el servidor público señalado en el párrafo anterior, no observó las disposiciones relacionadas con el derecho a la protección a la vida y el derecho a la protección de la salud, previstas en los instrumentos jurídicos internacionales, celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser tomados en cuenta para la interpretación a las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia, de acuerdo a lo dispuesto por los artículos 1, párrafos primero y segundo, y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Al respecto también, los numerales 6.1 y 24.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 y 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3, 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 24.1 y 24.2 de la Convención sobre Derechos del Niño; 4 de la Declaración de los Derechos del Niño; I, VII y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 12.1 y 12.2, incisos a) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; así como 10.1, 10.2, inciso a) y 16 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en síntesis ratifican el contenido de los preceptos constitucionales señalando la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, especialmente de los niños, y establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico de calidad; y de adoptar para ello, las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho.

De la misma manera, AR1 incurrió en un 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 prevén 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.

Ahora bien, es preciso reconocer que la protección a 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 su más alto nivel.

En este sentido, esta Comisión Nacional 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 afirmó que el derecho a la protección de la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y 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 tal 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.

Aunado a lo anterior, en la mencionada recomendación general este organismo nacional manifestó su preocupación, respecto a que en muchos casos, el personal médico titular delega su responsabilidad en internos de pregrado para atender determinados padecimientos o, incluso, urgencias médicas, sin el apoyo y la supervisión del titular, lo que aumenta de manera significativa el riesgo de que se cause un daño irreparable a la salud de los pacientes, debido a que carecen de los conocimientos y la práctica necesarios para hacer frente a determinadas circunstancias.

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 la presente recomendación, quedó evidenciado que AR1, médico adscrito al Hospital General de Zona No. 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Zacatecas, Zacatecas, que atendió a V1 y V2, debió considerar el interés superior de los pacientes, realizando una adecuada vigilancia clínica que le permitiera emitir un diagnóstico certero, y con ello proporcionarles la atención médica de urgencia que requerían, 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 llevaron a cabo.

Cabe señalar que si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de Derechos Humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero; y, 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, para lo cual el Estado deberá investigar,

sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

Aunado a lo anterior, el artículo 7, párrafo tercero del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, en su parte conducente establece, que dicho Instituto será corresponsable con el personal médico de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes.

Ahora bien, no pasó desapercibido para este organismo nacional que mediante oficio de 15 de abril de 2011, el delegado estatal del IMSS en Zacatecas dio vista de los hechos al titular del Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades de ese Instituto, solamente por lo que respecta al extravío del expediente de V1.

Al respecto, es importante destacar que en la sentencia del caso “Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, de 22 de noviembre de 2007, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, determinó en el numeral 68, la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

En razón 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, existieron elementos de convicción suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, además de formularse la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR1, médico que intervino en los hechos que se consignan en el presente caso.

No es obstáculo para lo anterior, que exista una averiguación previa con motivo de los hechos descritos, ya que este organismo nacional, en ejercicio de sus facultades, presentará la denuncia de hechos para los efectos previstos en el artículo 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular 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 tomen las medidas necesarias para reparar el daño e indemnizar a V1, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió AR1, médico adscrito al Hospital General de Zona No. 1, del IMSS en Zacatecas, Zacatecas y envíe a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire instrucciones a quien corresponda, para que se reparen los daños físicos y psicológicos a V1, tendentes a reducir los padecimientos que presente, a través del tratamiento médico, psicológico y de rehabilitación que sea necesario para restablecer su salud física y emocional al estado en que se encontraba antes de la violación a derechos humanos, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Gire sus instrucciones para que en los hospitales de ese Instituto a su cargo, especialmente en el Hospital General de Zona No.1, ubicado en Zacatecas, Zacatecas, se diseñen e impartan cursos integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud; esto con el objetivo de evitar omisiones como las que dieron origen al presente pronunciamiento y , envíe a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, y las demás constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Zona No. 1, del IMSS, en Zacatecas, Zacatecas, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que los servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan no se extravíen y se vigile continuamente que los mismos se encuentren debidamente integrados, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Se colabore ampliamente con este organismo nacional en la presentación de la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en contra de AR1, médico adscrito al Hospital

General de Zona No. 1, del IMSS en Zacatecas, Zacatecas, involucrado en los hechos de la presente recomendación, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

SÉPTIMA. 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 un servidor público federal el involucrado, y remita a este organismo 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, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero constitucional, 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 su notificación.

Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita 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.

EL PRESIDENTE
DR. RAÚL PLASCENCIA VILLANUEVA