



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

México

RECOMENDACIÓN No. 7 /2015

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA A V1 Y PÉRDIDA DE LA VIDA DE V2, EN EL HOSPITAL “DR. BAUDELIO VILLANUEVA MARTÍNEZ”, DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN REYNOSA, TAMAULIPAS.

México, D. F., a 11 de marzo de 2015.

**LIC. SEBASTIÁN LERDO DE TEJADA COVARRUBIAS
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

Distinguido señor director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 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, y 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado los elementos de evidencia contenidos en el expediente número CNDH/5/2013/4702/Q, relacionado con la queja de Q1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto, en 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

3. El 1 de junio de 2013, aproximadamente a las 13:40 horas, Q1 llevó a su hermana V1, adolescente de 16 años de edad, que cursaba 40.4 semanas de gestación, al Hospital “Dr. Baudelio Villanueva Martínez”, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en Reynosa, Tamaulipas, debido a que presentaba dolor en la cadera, vientre y en la cabeza, ocasión en que fue valorada por AR1, quien al observar que V1 presentaba presión arterial alta, ordenó se le practicaran exámenes de sangre y orina.

4. Ese mismo día, después de obtenerse los resultados de laboratorio, AR2 dio de alta a V1 e indicó que se realizaran otros estudios para verificar el funcionamiento de sus riñones y que en caso de que resultaran desfavorables sería necesario practicar una cesárea.

5. El 2 de junio de 2013, de nueva cuenta, Q1 llevó a V1 al referido nosocomio, donde fue atendida por AR1, quien la ingresó al área de observación y solicitó interconsulta de la especialidad de Ginecoobstetricia atendiéndola AR2 quien, tras revisar que la presión arterial de V1 se encontraba estable, consideró que no era pertinente su hospitalización.

6. El 3 de junio de 2013, V1 regresó al citado hospital, con el propósito de que se le practicaran los análisis ordenados dos días antes, permaneciendo en el área de observación. Cuando se obtuvieron los resultados fue valorada por AR3, quien le informó que no era necesario practicarle una cesárea, que en caso de presentar contracciones o dolores de parto regresara de forma inmediata a ese hospital, puesto que V2 (producto) se estaba acomodando en el canal de parto y que de momento no era conveniente internarla.

7. El 4 de junio de 2013, al persistir los dolores, V1 fue llevada, nuevamente, al citado nosocomio donde, al ser auscultada por AR4, le anunció que la frecuencia cardiaca del bebé era muy débil; no obstante lo anterior, la dio de alta argumentando que el cuadro que presentaba era normal.

8. El 7 de junio de 2013, aproximadamente a las 22:30 horas, Q1 y V1 fueron al hospital de mérito, en virtud de que ésta presentaba dolores de parto, autorizándose su ingreso media hora después, pues el servidor público que se encontraba en la recepción del área de Urgencias, argumentó que no podía ser derechohabiente, dado que no asistía regularmente a la escuela, lo que se hizo del conocimiento de SP2. Momentos después V1 fue trasladada al área de observación y, en virtud de que no se contaba con un ginecólogo para atenderla, de acuerdo con lo señalado en el escrito, llamaron a SP3, quien procedió a revisarla y advirtió que V2 no presentaba ritmo cardiaco; pero como no contaba con el equipo médico necesario solicitó la anuencia de Q1 para trasladar a V1 a su consultorio particular donde después de valorarla, les informó que V2 tenía de 1 a 2 días de haber fallecido, ya que no se percibía frecuencia cardiaca ni líquido amniótico, lo cual impidió que el oxígeno le llegara.

9. De regreso al hospital, el 8 de junio de 2013, aproximadamente a las 02:50 horas V1 pasó a quirófano, extrayéndose a V2 y registrándose en el certificado de muerte fetal como causa del deceso hipoxia fetal, a consecuencia de oligohidramnios, probable cardiomiopatía e insuficiencia útero placentaria.

10. El 14 de junio de 2013, Q1 presentó queja ante este Organismo Nacional, se inició el expediente CNDH/5/2013/4702/Q y, a fin de documentar las violaciones a derechos humanos, se solicitó información al secretario general del ISSSTE y, en colaboración, a la Procuraduría General de Justicia del Estado de Tamaulipas, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

11. Queja del 14 de junio de 2013, presentada por Q1, mediante comparecencia ante personal de este Organismo Nacional, en la que aportó copia de la siguiente documentación:

11.1. Certificado de muerte fetal de V2, de 10 de junio de 2013, con folio 120053681.

11.2. Escrito signado por Q1, de 11 de junio de 2013, con el cual formuló denuncia ante la Agencia del Ministerio Público del fuero común en Reynosa, Tamaulipas.

12. Oficio DIR/099/2013, de 9 de julio de 2013, suscrito por SP1, a través del cual se rindió el informe sobre los hechos materia de la queja y al que se adjuntó copia de la siguiente documentación:

12.1. Informe de 5 de julio de 2013, signado por AR3, médico ginecoobstetra.

12.2. Informe de 8 de julio de 2013, suscrito por AR2, ginecoobstetra (personal eventual).

12.3. Informe de 9 de julio de 2013, signado por AR4, médico general, adscrito al servicio de Urgencias.

13. Oficio SG/SAD/JSCDQR/4798/13, de 22 de julio de 2013, suscrito por la titular de la Jefatura de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolsos, al que se adjuntó copia del expediente clínico de V1, del que destacan las constancias siguientes:

13.1. Resultado de los exámenes de laboratorio de V1, realizados el 1 de junio de 2013, solicitados por AR1, adscrito al servicio de Urgencias.

13.2. Hoja de Ingreso Hospitalario de V1, de 7 de junio de 2013.

14. Acta Circunstanciada, de 23 de agosto de 2013, en la que consta la comparecencia de Q1, ante personal de esta Comisión Nacional, diligencia en la que aportó copia del escrito de 8 de junio de 2013, suscrito por V1 y dirigido al director del hospital en el que narra los hechos relativos a la atención médica que se le proporcionó.

15. Acta Circunstanciada, de 22 de octubre de 2013, en la que se hizo constar diligencia telefónica efectuada por un visitador adjunto de este Organismo Nacional.

16. Actas Circunstanciadas, de 4 de noviembre y 5 de diciembre de 2013, en las que se hicieron constar diligencias de personal de esta Comisión Nacional practicadas con Q1.

17. Opinión Médica, de 9 de diciembre de 2013, elaborada por un perito médico de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, respecto del caso de V1 y V2.

18. Oficio 110/2014, de 30 de enero de 2014, suscrito por SP4, al que anexó copia certificada de la AP1, de la que destacan las siguientes diligencias:

18.1. Declaración de SP2, de 24 de junio de 2013.

18.2. Declaración de AR3, de 27 de junio de 2013.

19. Acta Circunstanciada, de 18 de febrero de 2014, en la que se hizo constar diligencia telefónica realizada por un visitador adjunto de este Organismo Nacional.

20. Acta Circunstanciada, de 11 de marzo de 2014, en la que se hizo constar diligencia de personal de esta Comisión Nacional, practicada con Q1 en torno al seguimiento de denuncia penal que presentó.

21. Oficio QVG/OFRT/592/14, de 11 de abril de 2014, con el cual se solicitó al secretario general del ISSSTE, ampliación de información relacionada con la atención médica brindada a V1.

22. Oficio QVG/OFRT/593/14, de 11 de abril de 2014, a través del cual se requirió a SP4 un informe respecto del estado que guarda la AP1.

23. Oficio SG/SAD/JSCDQR/3267/14, recibido el 22 de mayo de 2014, en este Organismo Nacional, signado por la titular de la Jefatura de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolsos del ISSSTE, al que se adjuntó copia de diversa documentación, de la que destaca la siguiente:

23.1. Oficio 082/2014, de 14 de mayo de 2014, suscrito por SP1, que contiene una transcripción de las notas médicas correspondientes a los días 1, 2, 4 y 7 de junio de 2013, relativas a la atención médica proporcionada a V1.

23.2. Informe de 14 de mayo de 2014, rendido por SP3.

23.3. Notas médicas de 1, 2, 4 y 7 de junio de 2013, suscritas por AR1, AR2, AR3, AR4 y SP3.

24. Actas Circunstanciadas, de 5 de junio y 31 de julio de 2014, en las que se hizo constar consultas a la AP1 por personal de esta Comisión Nacional en la Agencia Segunda del Ministerio Público Investigador en Reynosa, Tamaulipas.

25. Acta Circunstanciada, de 15 de agosto de 2014, en la que consta la gestión realizada por un visitador adjunto de este Organismo Nacional ante personal del ISSSTE, para conocer si se inició procedimiento administrativo en relación con los hechos materia de la queja.

26. Acta Circunstanciada, de 8 de septiembre de 2014, en la que se hizo constar consulta a la AP1 realizada por personal de esta Comisión Nacional en la Agencia Segunda del Ministerio Público Investigador en Reynosa, Tamaulipas.

27. Oficio QVG/OFRT/1740/2014, de 27 de octubre de 2014, mediante el cual esta Comisión Nacional le dio vista al Órgano Interno de Control en el ISSSTE, respecto

de la negativa a aceptar el ingreso de V1 al área de Urgencias del Hospital “Dr. Baudelio Villanueva Martínez”, en Reynosa, Tamaulipas.

28. Oficio SG/SAD/JSCDQR/06209/2014, de 3 de noviembre de 2014, suscrito por el jefe de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolsos, a través del cual informó, entre otras cuestiones, que el Comité de Quejas Médicas determinó procedente, por deficiencia médica y administrativa la queja formulada por Q1; se aprobó el monto a pagar por concepto de la indemnización correspondiente, y que mediante el diverso SG/SAD/2614/2014 del 3 de octubre de 2014, se dio vista al Órgano Interno de Control en el citado Instituto para que, en el ámbito de su competencia, se determine la probable responsabilidad administrativa del personal médico que le proporcionó atención médica a V1.

29. Oficio OIC/NL/1522/2014, de 5 de noviembre de 2014, signado por el titular del Área de Quejas del Órgano Interno de Control en el ISSSTE, en el que se informó que derivado de la vista formulada por esta Comisión Nacional se dio inicio al procedimiento de investigación administrativa AD1.

30. Actas Circunstanciadas, de 25 de noviembre y 10 de diciembre de 2014, en las que se hizo constar diligencias de personal de esta Comisión Nacional practicadas con Q1 y V1.

31. Acta Circunstanciada, de 20 de enero de 2015, en la que se hizo constar la consulta a la AP1 por personal de esta Comisión Nacional en la Agencia Segunda del Ministerio Público Investigador en Reynosa, Tamaulipas.

32. Acta Circunstanciada, de 22 de enero de 2015, en la que consta la gestión realizada por un visitador adjunto de este Organismo Nacional ante personal del Área de Quejas del Órgano Interno de Control en el ISSSTE, de la que se obtuvo que la vista formulada por la Subdirección de Atención al Derechohabiente de la Secretaría General de ese Instituto, se integró al expediente AD1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

33. Los días 1, 2, 3 y 4 de junio de 2013, V1, fue valorada por AR2, AR3 y AR4, médicos adscritos a los servicios de Urgencias y Ginecoobstetricia, quienes omitieron diagnosticar el cuadro clínico de emergencia obstétrica que presentaba y brindarle atención médica adecuada, lo cual ocasionó la muerte fetal de V2.

34. Ante tal situación, el 11 de junio de 2013, Q1, hermana de V1, presentó denuncia ante el agente del Ministerio Público del fuero común en Reynosa, Tamaulipas, lo que dio origen a la AP1, que se encuentra en integración a esta fecha.

35. Con motivo de la vista que mediante Oficio QVG/OFRT/1740/2014, de 27 de octubre de 2014, le dio esta Comisión Nacional al Órgano Interno de Control en el ISSSTE, respecto de la negativa a aceptar el ingreso de V1 al área de Urgencias del Hospital “Dr. Baudelio Villanueva Martínez”, se inició el expediente AD1, el cual se encuentra en trámite.

36. El 31 de octubre de 2014, a través del oficio SG/SAD/2614/2014, la subdirección de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, solicitó la intervención del Órgano Interno de Control en esa dependencia, con la finalidad de que se realizara la investigación correspondiente, diverso que se integró al expediente AD1.

37. El 3 de noviembre de 2014 el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE determinó procedente la queja formulada ante este Organismo Nacional por Q1 y en esta fecha, el citado Comité aprobó el monto del pago de la indemnización derivada de la deficiencia médica y administrativa a favor de V1 y V2, estando pendiente la realización efectiva de su pago.

IV. OBSERVACIONES

38. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2013/4702/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con elementos que permiten evidenciar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud de V1 y a la vida de V2, así como al trato digno, en agravio de ambos, atribuibles a AR2, AR3 y AR4, consistentes en negligencia médica y omitir proporcionar atención médica, en atención a las siguientes consideraciones:

39. El 1 de junio de 2013, aproximadamente a las 13:46 horas V1 ingresó al servicio de Urgencias del Hospital “Dr. Baudelio Villanueva Martínez”, con antecedente de primer embarazo, donde fue atendida por AR1, como se advierte del informe relativo a los exámenes de laboratorio de ese día y de la nota médica correspondiente, sin que sea posible referir el resultado de la valoración que se realizó, toda vez que la nota que suscribió es ilegible en la mayor parte, siendo apreciable únicamente que se estableció como impresión diagnóstica embarazo de 39-40 semanas, frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto, y que se solicitó interconsulta urgente al servicio de Ginecoobstetricia, previa solicitud de realización de estudios de laboratorio.

40. Dos horas más tarde, V1 fue valorada por AR2, quien asentó en la nota de ingreso que cursaba un embarazo de 40 semanas de gestación, con pródromos de trabajo de parto e hipertensión, por lo que indicó, como plan de manejo, la aplicación de medicamento, a través de solución intravenosa para estabilizar su presión arterial.

41. En la misma fecha, a las 16:40 horas, considerando el resultado de los estudios de laboratorio y que V1 tenía una presión arterial de 120/75, así como perfil preclámtico normal, AR2 la dio de alta, con cita abierta al Servicio de Urgencias, ante síntomas de alarma obstétrica, indicando la realización de un perfil preclámtico en cuarenta y ocho horas.

42. El 2 de junio de 2013, al continuar con dolor intenso de cabeza, V1 acudió al citado nosocomio, donde fue revisada otra vez por AR1, valoración de la cual tampoco es posible conocer el resultado, pues la nota respectiva es ilegible,

irregularidad que obstaculiza, en parte, el conocimiento del manejo clínico otorgado a V1.

43. Este mismo día, a las 15:00 horas, AR2 revisó a V1, asentando en la nota médica que presentaba presión arterial de 120/80, sin trabajo de parto, asintomática, con signos vitales estables y cefalea tensional. Señaló como plan de manejo de V1 cita abierta a urgencias y le prescribió paracetamol.

44. El 3 de junio de 2013, V1 regresó al referido hospital, donde fue valorada en interconsulta por AR3, quien, después de revisar los resultados de los exámenes de sangre y orina, determinó que se encontraba dentro de los parámetros normales y sin datos de alarma obstétrica.

45. En el expediente clínico no aparece nota alguna en la que se aluda a la atención médica que se brindó a V1, el 3 de junio de 2013, no obstante que AR3, en su informe, señaló que ese día atendió a V1 mediante interconsulta solicitada por el doctor de guardia del servicio de Urgencias del turno vespertino.

46. El 4 de junio de 2013, al persistir las molestias, V1 se dirigió de nueva cuenta al hospital, donde fue valorada a las 19:04 horas, por AR4, quien, en la nota médica registró que V1 había referido presentar cólicos, primigesta, con embarazo de 40.4 semanas de gestación; que durante la revisión se expulsó tapón mucoso, producto cefálico, con frecuencia cardíaca fetal de 150 latidos por minuto; finalmente, indicó a V1 que asistiera al nosocomio en caso de sangrado, salida de líquido, contracciones o por cualquier duda.

47. El 7 de junio de 2013, aproximadamente a las 22:30 horas, V1 acompañada de Q1 fue otra vez al hospital de referencia por presentar dolores, ocasión en la que fue atendida por SP3, quien anotó en la nota médica respectiva que al interrogatorio V1 refirió que no presentaba movilidad de feto aproximadamente desde el miércoles anterior; a la exploración se palpó producto único cefálico dorso derecho longitudinal, sin detectar frecuencia cardíaca fetal, que se le practicó ecosonograma,

encontrándose oligohidramnios moderados y producto óbito macrosómico, por lo que a las 02:50 horas del día siguiente le realizó una cirugía a V1 para extraer a V2.

48. Del contenido de las evidencias señaladas, así como de la Opinión Médica del 9 de diciembre de 2013, emitida por un perito de esta Comisión Nacional, se advierte que V1 fue valorada en cuatro ocasiones, en dos de las cuales se estableció que tenía la presión arterial alta, incluso, en una de ellas permaneció internada hasta que fue estabilizada y durante la revisión realizada el 4 de junio de 2013 se expulsó el tapón mucoso.

49. En la citada Opinión Médica se establece que hasta el momento en que AR1 revisó a V1 y solicitó su valoración por parte del servicio de ginecología, el manejo médico que prestó fue adecuado. No obstante, se advierte que en las notas médicas que elaboró omitió cumplir con dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012, específicamente el numeral 5.11 donde decreta que las notas médicas deben ser con “letra legible”.

50. En la citada Opinión Médica se advirtió que las valoraciones realizadas por AR2 y AR3 fueron inadecuadas, pues no cumplieron lo establecido en las “Recomendaciones Generales para Mejorar la Calidad de la Atención Obstétrica”, emitidas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), en marzo de 2003, en los que se precisa *“que una vez cumplidas las 40 semanas (las cuales ya se habían cumplido el día 31 de mayo de 2013, en el caso de V1) se debe realizar una evaluación de la condición fetal por el especialista en ginecología obstétrica.”*

51. El perito médico de esta Comisión Nacional precisó que para lo anterior debió haberse realizado una Prueba Sin Stress (PSS), *“para valorar la suficiencia de la reserva respiratoria de la unidad uteroplacentaria, seguido de un Ultrasonido obstétrico, para evaluar la cantidad del líquido amniótico para descartar o confirmar la presencia de oligohidramnios (disminución de la cantidad del líquido amniótico), valoración del grado de madurez de la placenta y, por último, la realización de un*

(sic) evaluación de las condiciones cervicales, estandarizadas por el índice de Bishop.”

52. El perito médico mostró, además, que con base en los tres parámetros referidos de trazo tococardiográfico, ultrasonido obstétrico y condiciones cervicales *“se podría haber realizado una adecuada valoración del bienestar fetal”* y se hubieran tenido *“los elementos médicos necesarios para determinar adecuadamente el bienestar materno-fetal.”*

53. El perito médico puntualizó *“que ante la presencia de una Prueba Sin Stress (reactiva) sin alteraciones en los ascensos de la frecuencia cardíaca fetal, líquido amniótico en cantidad normal, placenta grado II o III sin calcificaciones excesivas y condiciones cervicales desfavorables (Bishop <7), se continuaría con la vigilancia del embarazo, repitiendo la evaluación a las 72 horas, que el resultado normal permitiría “la prolongación del embarazo hasta las 41 semanas.”*

54. En la Opinión Médica se observó que *“en este caso el embarazo no llegó a las 41 semanas, ya que el fallecimiento del producto se suscitó entre los días 5 y 6 de junio de 2013, siendo la causa de la muerte hipoxia fetal (disminución de la cantidad de oxígeno que recibe el producto) consecutiva a oligohidramnios.”*

55. El perito médico resolvió que *“lo anterior pudo haberse evitado si AR2 y AR3 hubieran llevado a cabo el protocolo recomendado antes expuesto y como resultado del cual seguramente se habría detectado oportunamente la presencia del oligohidramnios (escaso líquido amniótico) que fue lo que dio origen a la hipoxia...”*

56. En este contexto, el referido perito médico estableció que carece de sustento lo asentado por AR2 y AR3, en los informes que rindieron, en relación con la atención médica que proporcionaron a V1 y V2, *“en el sentido de que no le solicitó ultrasonido a la agraviada, debido a que los dos monitores fetales existentes en la clínica hospital estaban descompuestos y que tampoco no se realizó trazo Tococardiográfico por el mismo hecho”*; esto, debido a que en las notas médicas que obran el expediente

clínico no se hizo constar que se hubiera *“solicitado su realización(...) de forma subrogada”*, o bien, a través de la referencia a un hospital, *“que contara con el equipo necesario.”*

57. De los informes rendidos por AR2, AR3 y SP3, se advierte responsabilidad institucional por parte del Hospital “Dr. Baudelio Villanueva Martínez”, pues en la fecha en que ocurrieron los hechos materia de la queja, la máquina de ultrasonido y el Eco-Doppler portátil no funcionaban, en tanto que los dos equipos de todocardiografía estaban descompuestos, incumpléndose con lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el cual dispone en su artículo 26 que: *“Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señala este Reglamento y las Normas Técnicas que al efecto emita la Secretaría.”*

58. En el informe rendido con motivo de la solicitud de información planteada por este Organismo Nacional, SP3 señaló que el 7 de junio de 2013, aproximadamente a las 22:00 horas, V1 se presentó al servicio de Urgencias del citado Hospital por presentar actividad uterina irregular y falta de movimiento de V2 y que tuvo dificultad para encontrar el foco fetal con el estetoscopio de Pinard y que el Eco-Doppler de la institución estaba inservible; agregó que en ese momento no se tenía servicio de ecosonografía, por lo que para conocer el estado de V2 fue necesario llevar a V1 a su oficina particular en ese momento, para realizar el ecosonograma obstétrico, estudio con el cual se corroboró la pérdida de vitalidad de V2.

59. La circunstancia anterior también contraviene lo dispuesto en los numerales 5.1.13.1 y 6.5.1.1.6 de la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 8 de enero de 2013, en los que se prevé que: *“el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico, electromédico y de alta precisión, debe*

llevarse a cabo de acuerdo con los estándares recomendados por el fabricante, su vida útil y las necesidades de la unidad hospitalaria, dichas acciones deberán ser registradas en las bitácoras correspondientes” y que “El laboratorio de urgencias debe disponer de infraestructura y equipo suficientes para que funcione las 24 horas del día y atienda los requerimientos de estudios de laboratorio urgentes de las diversas áreas que los soliciten.”

60. En relación con el argumento de AR3, en el sentido de que el 3 de junio de 2013 no solicitó un ultrasonido obstétrico porque clínicamente no tenía ninguna duda sobre el bienestar materno fetal ni de la edad gestacional del producto, en la citada Opinión Médica de esta Comisión Nacional se estableció que, no obstante que clínicamente AR3 no tuviera duda del bienestar materno fetal (sin que exista nota médica que soporte tal situación), necesariamente debió haber realizado el protocolo antes descrito, lo que pudo haber dispuesto se realizara de manera subrogada o a través de un hospital de referencia, que contara con el equipo necesario, en especial el ultrasonido y trazo tococardiográfico, para estar en condiciones de aseverar que en el momento de esa valoración existía un bienestar materno fetal, por lo que al no haberlo hecho no contaba inequívocamente con elementos técnico médicos para haber descartado o confirmado en ese momento la presencia de un oligohidramnios (escaso líquido amniótico).

61. En la Opinión Médica también se apunta que AR2 y AR3, omitieron acciones pertinentes para la atención de V1, quien ya cursaba con un embarazo de 40 a 41 semanas de gestación, ya que de haberse realizado un ultrasonido obstétrico podrían haber detectado oportunamente la presencia de oligohidramnios y, ante tal hallazgo, necesariamente deberían haber interrumpido inmediatamente el embarazo a través de la práctica de una cesárea.

62. El perito médico destaca que en las “Recomendaciones Generales para Mejorar la Calidad de la Atención Obstétrica” emitidas por la CONAMED, se determina que ante la presencia de oligohidramnios *“el parto debe resolverse en el primer día, por*

medio de la inducción del trabajo de parto, con monitorización estrecha, preferentemente cardiotocográfica, considerando el riesgo de asfixia fetal, y que ante un compromiso fetal evidente (sufrimiento fetal agudo) y cérvix desfavorable, lo recomendable es la resolución del embarazo por vía abdominal (cesárea)”, lo que no se llevó a cabo en este caso.

63. En atención a lo anterior, el perito médico indicó que *“al no haberse realizado una valoración adecuada a V1, dándola de alta precipitadamente, sin haberse solicitado los estudios pertinentes para corroborar la presencia de oligohidramnios, (...) influyó directamente en el fallecimiento de V2, que se debió a hipoxia fetal (...), entre el 5 y 6 de junio de 2013 (...), lo que se corroboró con la descripción que se hizo del cuerpo de V2 cuando se extrajo, por medio de cesárea, el día 7 de junio a las 02:00 horas”,* el cual estaba obitado, con signos de ablandamiento de la piel, lo que evidencia que entre el momento en que ocurrió la defunción de V2 y su extracción, transcurrieron aproximadamente de 24 a 48 horas.

64. Cabe destacar que en el certificado de muerte fetal de V2 se señaló como causa del deceso hipoxia fetal, la que estuvo condicionada por la presencia de oligohidramnios, por probable cardiomiopatía e insuficiencia útero-placentaria (disminución del aporte nutricional y de oxígeno entre el útero y la placenta), además de macrosomía fetal (producto más grande de lo normal) y desproporción céfalo-pélvica (producto más grande que la pelvis), como otros datos patológicos significativos que contribuyeron a su muerte; condiciones que no se detectaron de manera oportuna por el personal médico que valoró a V1, a partir del 1 de junio de 2013, cuando fue al Hospital “Dr. Baudelio Villanueva Martínez”, por primera vez.

65. En la referida Opinión Médica se señaló que la atención médica que AR4 brindó a V1 resultó inadecuada, pues al momento de valorarla el 4 de junio de 2013, en el servicio de Urgencias del Hospital “Dr. Baudelio Villanueva Martínez”, debió haber solicitado su valoración por la especialidad de ginecoobstetricia, por tratarse del servicio especializado para la integración de un diagnóstico adecuado y tratamiento

oportuno; no obstante lo cual determinó darla de alta apresuradamente, sin contar con esa valoración especializada.

66. Además, se indica que al haberla dado de alta, AR4 omitió explicar a V1 que también debía acudir al servicio de Urgencias en caso de que sintiera disminución o falta de los movimientos fetales, lo cual aconteció el 5 de junio de 2013, de acuerdo con lo referido por V1 cuando se presentó al aludido nosocomio el día 7 de ese mes.

67. Las acciones y omisiones referidas, resultan contrarias a lo dispuesto en los puntos 5.4.2, 5.4.2.1 y 5.4.2.2 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, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995, que prevén *“que el control de parto normal, debe incluir la verificación y registro de la contractibilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos”*, y que *“la verificación y registro del progreso de la dilatación cervical (debe realizarse) “a través de exploraciones vaginales racionales, de acuerdo con la evolución del trabajo de parto y el criterio médico.”*

68. La citada Norma Oficial Mexicana establece con claridad que la atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria y que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que, llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, para lo cual mandata, entre otros, brindar una atención oportuna, con calidad y con calidez. Esta Norma Oficial Mexicana ha sido referida en las Recomendaciones 5/2011, 6/2011, 37/2011, 6/2012, 23/2012, 27/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 46/2013, 60/2013, 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014 y 5/2015, emitidas por esta Comisión Nacional, en la que se hace hincapié en la importancia que tiene,

precisamente, llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica, al indicar que el personal médico debe detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal; acciones que en el caso de V1 y V2 no se realizaron.

69. Por otra parte, no se aportó a esta Comisión Nacional constancia alguna que acredite que se elaboró la nota médica relativa a la atención brindada a V1 el 3 de junio de 2013 y, en el supuesto de que se hubiera hecho, no se anexó al expediente clínico, por lo que se contravino lo dispuesto la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.

70. Asimismo, de las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advierte que las notas médicas de la atención brindada a V1 y V2 en el Hospital “Dr. Baudelio Villanueva Martínez”, no fueron elaboradas por AR1, AR2, AR3 y AR4 conforme a los lineamientos establecidos en los puntos 5.10, 5.11, 6.1.2 y 8.1.1, de la citada Norma Oficial Mexicana, pues en ninguna de ellas se asentó el nombre completo, cargo, rango, matrícula y especialidad del médico tratante, la hora, y algunos datos son ilegibles.

71. La irregularidades descritas constituyen constante preocupación para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ya que representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado de los pacientes, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud. Estas irregularidades han sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud, emitidos por este Organismo Nacional, contenidos en las Recomendaciones 1/2011, 5/2011, 6/2011, 9/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 2/2012, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012, 58/2012, 63/2012, 65/2012, 1/2013, 7/2013, 23/2013, 24/2013, 33/2013, 46/2013, 60/2013, 86/2013, 1/2014, 2/2014,

6/2014, 8/2014, 13/2014, 14/2014, 15/2014, 20/2014, 22/2014, 24/2014, 25/2014, 29/2014, 33/2014, 37/2014, 43/2014, 50/2014 y 5/2015.

72. La adecuada integración del expediente clínico de V1, en términos de lo que dispone la invocada Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, es un deber a cargo de los citados prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento. Las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de modo que, como parte de la prevención a que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que dicha Norma Oficial Mexicana sea cumplida en sus términos.

73. Resulta aplicable al caso la sentencia del “Caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que en el numeral 68 fijó el criterio de que “...*la relevancia del expediente médico adecuadamente integrado como un 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.*”

74. En tal virtud, AR2, AR3, médicos ginecoobstetras y AR4, médico general del Hospital “Dr. Baudelio Villanueva Martínez”, vulneraron los derechos a la protección de la salud de V1 y a la vida de V2, contenidos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, y 14, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción IV, 23, 27, fracciones III, IV y X; 32, 33, fracciones I y II; 51, primer párrafo; 61, fracciones I y II; 61 Bis, y 63 de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; y las Normas Oficiales Mexicanas 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, NOM-016-SSA3-2012, Que establece

las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada y NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

75. Igualmente, los servidores públicos referidos en el párrafo anterior incumplieron las disposiciones relacionadas con los derechos a la vida y 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 de los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

76. Sobre el particular los artículos 6.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos (Pacto de “San José” Costa Rica); I, y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3 y 25.1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1 y 10.2, incisos a) y f), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) y 12.1 y 12.2, de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; ratifican el contenido de los preceptos constitucionales, citados, al disponer la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, especialmente de las mujeres, como también 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, y de adoptar las medidas necesarias para su plena efectividad.

77. De igual manera, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado en varias de sus sentencias, que el cumplimiento de las obligaciones impuestas en el artículo 4.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, relacionado con el artículo 1.1, no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que, además, a la luz de su obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos, requiere que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de todos quienes se encuentren bajo su jurisdicción. La protección activa del derecho a la vida por parte del Estado involucra a toda institución estatal.

78. Es oportuno el reconocer que la protección a la salud es un derecho humano vital e 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.

79. En este sentido, esta 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 afirmó que ese derecho 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 proteja, aunado a que la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad, y calidad.

80. Asimismo, se destacó que en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada por la ONU el 11 de mayo de 2000, se reconoce a la salud como *“un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute*

del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”

81. Al respecto, también se advierte con preocupación la insuficiencia de recursos destinados al Sistema Nacional de Salud, lo cual genera una falta de capacidad para garantizar de forma efectiva el derecho a la protección de la salud.

82. La ausencia de infraestructura hospitalaria para la atención de la población y la carencia del equipo y materiales adecuados para la elaboración de estudios y análisis clínicos, se traduce en una inadecuada atención de enfermedades o intervenciones quirúrgicas y del tratamiento en general de los pacientes.

83. Es importante señalar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución Federal, 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, el personal médico del Hospital “Dr. Baudelio Villanueva Martínez” debió considerar el interés superior del paciente, tomando en consideración el tiempo de gestación que presentaba V1, lo cual implicaba una emergencia obstétrica, de manera que la atención médica prestada a V1 y V2 tuviera la calidad que debe imperar en la prestación del servicio público, todo lo cual, de acuerdo con las consideraciones expuestas, se omitió por parte de AR2, AR3 y AR4, responsables de su atención.

84. Partiendo de la base de que el derecho al trato digno es aquella prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el orden jurídico, se advierte que éste se vulneró en agravio de V1 y V2, al no recibir

una atención médica que satisficiera sus necesidades en el estado de salud y también porque la actuación de las autoridades responsables en el Hospital “Dr. Baudelio Villanueva Martínez”, contribuyeron a que su situación se agravara e, incluso, a que V2 perdiera la vida. Derecho que encuentra sustento en los artículos 1º, párrafo tercero y 14, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; y 11.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

85. El personal médico del Hospital “Dr. Baudelio Villanueva Martínez”, incurrió en 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 que tienen 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.

86. Con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con elementos de convicción suficientes para que esta Comisión Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, formule la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra los médicos involucrados. No pasa inadvertido, que a la fecha de emisión de esta Recomendación, los hechos materia de la queja, continúan siendo investigados por autoridades locales.

87. 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 institucional, 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 1º, 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, y 1, 2, y 9, de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, prevén la posibilidad de que, al evidenciarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública incluya 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.

88. Sobre el particular, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos reconoce la autorización de pago de la indemnización que el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE, aprobó en favor de V1, como una acción encaminada a reparar los daños materiales y morales derivados de la muerte de V2.

89. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VII, 67, 68, 88, fracción II, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 y demás aplicables del Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, en agravio de V1, así como a la vida de V2, se deberá inscribir a la primera en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso, en lo conducente, al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida Ley.

90. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos formula, respetuosamente a usted, señor director general del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se instruya a quien corresponda, a fin de que se tomen las medidas necesarias para que, en vía de reparación del daño, se realice el pago por concepto de indemnización en favor de V1, se le brinde la atención médica y psicológica necesaria para dar seguimiento a su estado de salud y estabilidad emocional, derivado de la pérdida de la vida de V2, con motivo de la responsabilidad institucional del personal médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se giren las instrucciones respectivas para emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital “Dr. Baudelio Villanueva Martínez”, en Reynosa, Tamaulipas, en la que se le ordene entregar copia de la certificación y recertificación que tramite ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acredite tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permita otorgar un servicio médico adecuado y profesional, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se diseñen e impartan, en los hospitales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado a su cargo, especialmente en el Hospital “Dr. Baudelio Villanueva Martínez”, cursos integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas 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, NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada y NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento, y se remitan a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión

y evaluación que se apliquen al personal capacitado, así como las demás constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se instruya que los médicos del Hospital “Dr. Baudelio Villanueva Martínez”, en Reynosa, Tamaulipas, adopten medidas efectivas de prevención, que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que otorgan se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se tomen las medidas necesarias a efecto de que se verifiquen las condiciones del Hospital “Dr. Baudelio Villanueva Martínez” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, así como para que se le dote del equipo e infraestructura necesarios y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Se remita copia de la presente Recomendación al titular del Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, con la finalidad de que sea considerada al resolver el procedimiento administrativo disciplinario AD1, iniciado contra AR1, AR2, AR3 y AR4, involucrados en los hechos materia de esta Recomendación, enviándose a esta Comisión Nacional las constancias que les 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 servidores públicos federales y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

OCTAVA. Se colabore ampliamente con este Organismo Constitucional Autónomo en el seguimiento e inscripción de V1 en el Registro Nacional de Víctimas, a efecto

de que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

91. 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 formular 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 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

92. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe en el término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

93. Igualmente, con apoyo en 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 su aceptación.

94. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como

a las legislaturas de las entidades federativas, su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ