

Comisión Nacional de los Derechos Humanos



RECOMENDACIÓN No. 26 / 2016

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y PÉRDIDA DE LA VIDA DE V1, EN EL HOSPITAL GENERAL “DR. MAURO BELAUZARÁN TAPIA”, DEL ESTADO DE MORELOS, Y EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 7 DEL IMSS, EN CUAUTLA, MORELOS.

Ciudad de México, a 31 de mayo de 2016.

**MTRO. MIKEL ARRIOLA PEÑALOSA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

**LIC. GRACO LUIS RAMÍREZ GARRIDO ABREU
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO
DE MORELOS.**

Distinguidos señores:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo segundo, 6º, 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 las evidencias en el expediente CNDH/1/2014/2205/Q, relacionado con el caso de V1.

2. 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, en términos de lo establecido 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 deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones, ordenamientos y normas oficiales mexicanas se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser identificadas como sigue: a) Hospital General de Cuautla “Dr. Mauro Belaunzarán Tapia” de la Secretaría de Salud en Morelos (HGCM-SS); b) Hospital General de Zona No. 7 del IMSS (HGZ-7); c) Ley de Salud del Estado de Morelos (LSEM); d) Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, *Del expediente clínico*, vigente en la época en que sucedieron los hechos (NOM-168-SSA1-1998); e) Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, *Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención Médica*, vigente en la época en que sucedieron los hechos, (NOM-206-SSA1-2002); f) Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, *Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial Sistémica* (NOM-030-SSA2-2009); g) Ley General de Salud (LGS); h) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (RLGS-MPSAM); i) Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS (RPM-IMSS) y j) Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos (ATLS).

I. HECHOS

4. El 20 de marzo de 2011, V1 (masculino de 39 años de edad) sufrió un accidente automovilístico, motivo por el cual fue auxiliado por socorristas del Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas (ERUM) y trasladado al Servicio de Urgencias del HGCM-SS, donde fue diagnosticado *“politraumatizado con fracturas múltiples a descartar abdomen agudo”* y debido a que no recibió la atención oportuna que requería, sus familiares solicitaron su alta de dicho nosocomio el mismo día.

5. A las 21:00 horas de 20 de marzo de 2011, V1 ingresó al Servicio de Urgencias del HGZ-7, donde fue diagnosticado con *“trauma cerrado de abdomen y trauma musculoesquelético”*. A las 22:05 horas del mismo día, le fue practicada cirugía de laparotomía exploradora (cirugía que se hace con el propósito de abrir, explorar, examinar y tratar los problemas que se presentan en el abdomen), sin que a pesar de su condición grave se solicitara valoración por Terapia Intensiva, presentando V1 paro cardiaco que no revirtió a maniobras de reanimación y falleció a las 7:45 horas de 21 del mismo mes y año; de acuerdo a la necropsia de ley, se señaló como causa de la muerte *“hemorragia aguda interna por lesión de órganos torácicos por contusión profunda”*.

6. El 27 de agosto de 2012, V2 presentó queja ante este Organismo Nacional, donde se radicó con el expediente CNDH/1/2012/7880/Q, el cual mediante resolución de 20 de septiembre de 2013, se concluyó vía orientación con la finalidad de que V2 acudiera a la CONAMED por tratarse de un asunto médico, sin embargo, personal del IMSS le notificó a V2 que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente determinó improcedente su queja, motivo por el cual presentó

queja vía correo electrónico recibida en este Organismo Nacional el 10 de marzo de 2014, aportando evidencias sobre la responsabilidad de los médicos del HGCM-SS y HGZ-7, razón por la cual se inició el diverso CNDH/1/2014/2205/Q. A fin de documentar las violaciones a derechos humanos se obtuvieron los informes y expedientes clínicos que remitieron el Titular de la División de Atención a Quejas en materia de Derechos Humanos del HGZ-7 y la Directora General Jurídica de la Secretaría de Salud de Morelos, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

7. Correo electrónico enviado a este Organismo Nacional el 10 de marzo de 2014, por V2, mediante el cual manifestó su inconformidad por negligencia médica en contra del personal médico del HGCM-SS y HGZ-7 que atendió a V1, refiriendo que se le notificó por parte del IMSS que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente determinó improcedente su queja y solicitó la reapertura de su expediente CNDH/1/2012/7880/Q.

8. Acta Circunstanciada de 27 de marzo de 2014, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica con V2, a quien se le informó que se continuaría con la investigación.

9. Actas Circunstanciadas de 4 de abril de 2014, en las que personal de este Organismo Nacional hizo constar las entrevistas de V2, V3 y V4, en las cuales narraron los hechos relativos a la atención médica que recibió V1 en el HGCM-SS y HGZ-7, asimismo V2 exhibió las constancias siguientes:

9.1 “Nota Inicial” de las 10:32 horas de 20 de marzo de 2011, suscrita por AR1 (omitió asentar su cargo o especialidad), en la que reportó a V1 *“politraumatizado”*.

9.2 “Nota de Interconsulta” de las 10:59 horas de 20 de marzo de 2011, signada por AR2 (omitió asentar su cargo o especialidad), en la que encontró a V1 *“sin compromiso cardiorrespiratorio y pelvis íntegra”*.

9.3 “Nota de Interconsulta” de las 13:34 horas de 20 de marzo de 2011, elaborada por AR3 (omitió asentar su cargo o especialidad), en la que reportó a V1 con *“trauma cerrado de abdomen, doloroso a la palpación media y sin indicación para exploración quirúrgica”*.

9.4 “Nota de Evolución” de las 15:33 horas de 20 de marzo de 2011, firmada por AR4 (omitió asentar su cargo o especialidad), en la que indicó suministrar a V1 1000 cc (centímetros cúbicos) de solución mixta para 8 horas y 1000 cc de solución salina al 0.9% para 12 horas, así como el anticoagulante enoxaparina.

9.5 “Nota de Evolución” de las 16:29 horas de 20 de marzo de 2011, signada por AR4, en la que diagnosticó a V1 *“polifracturado, descartar trauma cerrado de abdomen y policontundido”*.

9.6 “Nota de Evolución” de las 17:20 horas de 20 de marzo de 2011, realizada por AR4, en la que asentó el alta voluntaria de V1 de dicho nosocomio.

10. Oficio 095217614621/853 recibido en este Organismo Nacional el 13 de mayo de 2014, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en materia de Derechos Humanos del IMSS, al que adjuntó los informes de los médicos que intervinieron en la atención de V1, así como el expediente clínico del HGZ-7 que contiene lo siguiente:

10.1 Resultados de Laboratorio de 20 de marzo de 2011, realizados a V1.

10.2 “Evolución Urgencias” de las 21:00 horas de 20 de marzo de 2011, suscrita por AR5 (omitió asentar su nombre completo, cargo o especialidad), en la que diagnosticó *“trauma cerrado de abdomen y trauma muscoloelástico”*.

10.3 “Traumatología Jornada Acumulada” de las 21:20 horas de 20 de marzo de 2011, signada por AR6, en la que encontró a V1 en malas condiciones generales y lo reportó *“muy grave”*.

10.4 “Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica” de 20 de marzo de 2011, elaborada por AR7 (omitió asentar su nombre completo), en la que estableció diagnóstico preoperatorio de *“trauma cerrado abdominal”* y operación “LAPE” (laparotomía exploradora).

10.5 “Registro de Anestesia y Recuperación” de 20 y 21 de marzo de 2011, elaborada por AR8 (omitió asentar su nombre completo), la que se encuentra ilegible en el apartado de riesgo anestésico quirúrgico.

10.6 “Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica” de 20 de marzo de 2011, elaborada por AR7 (omitió asentar su nombre completo), en la que se reportó hallazgos de *“líquido intestinal y hemático en cantidad de 4 litros aproximadamente libre en cavidad, lesión IV de ileon a 40 cm aproximadamente de válvula ileocecal con sección completa del mismo y de su mesenterio”*.

10.7 “Hoja de Enfermería del Paciente Quirúrgico” de 20 de marzo de 2011, en la que se asentó que a las 01:15 horas de 21 del mismo mes y año, concluyó la cirugía realizada a V1.

10.8 “Nota Entrega de Anestesiología” de las 06:50 horas de 21 de marzo de 2011, suscrita por AR8, en la que reportó a V1 con *“pulmón derecho con hipoventilación, emersión de anestesia por lisis que no corresponde a desorientación del paciente”*.

10.9 “Nota de Recepción (Reingreso a Reanimación) y Defunción” de las 07:55 horas de 21 de marzo de 2011, suscrita por SP1, en la que asentó que V1 *“presentó parada cardíaca, por lo que se inician maniobras de reanimación, sin que se logre revertir, hora de defunción a las 07:45 horas”*.

10.10 “Aviso a Ministerio Público” de las 08:12 horas de 21 de marzo de 2011.

10.11 Necropsia de ley de 21 de marzo de 2011, realizada por SP2 al cadáver de V1, en la que estableció como causa de muerte *“hemorragia aguda interna por lesión de órganos torácicos por contusión profunda”*.

10.12 Certificado de defunción efectuado por SP2, en el que se asentó como causa de la muerte *“hemorragia aguda interna por lesión de órganos torácicos por contusión profunda”*.

10.13 Informe de 5 de mayo de 2014, signado por SP3, en el que relató la intervención de los médicos del HGZ-7 en la atención de V1.

11. Oficio SS/DGJ/397/2014 recibido en este Organismo Nacional el 19 de mayo de 2014, suscrito por la Directora General Jurídica de la Secretaría de Salud de Morelos, mediante el cual adjuntó el documento siguiente:

11.1 Oficio 3/2014 recibido en la Secretaría de Salud en Morelos el 9 de mayo de 2014, signado por SP4, en el que señaló la atención médica brindada en ese nosocomio a V1 durante su estancia hospitalaria.

12. “Opinión Médica” de 8 de septiembre de 2014, emitida por médicos de este Organismo Nacional sobre la atención médica que se proporcionó a V1 en el HGCM-SS y HGZ-7.

13. Oficio 095217614BB0/001812 recibido en este Organismo Nacional el 25 de noviembre de 2014, mediante el cual el Coordinador Técnico de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS, comunicó que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico el 28 de noviembre de 2013, resolvió improcedente la queja que formuló V2.

14. Acta Circunstanciada de 2 de julio de 2015, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con SP5, quien informó que la CI se encuentra en integración.

15. Acta Circunstanciada de 28 de marzo de 2016, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con SP6, en la que comunicó que la CI se encuentra en integración, toda vez que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) le solicitó radiografías, notas de enfermería y declarar a algunas enfermeras para que esté en posibilidad de emitir el dictamen médico institucional, adjuntando oficio DGA/230/0043/2016 de 13 de enero de 2016, signado por el Director Jurídico Pericial de la CONAMED.

16. Acta Circunstanciada de 5 de mayo de 2016, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con SP6, en la que comunicó que la CI continúa en integración.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

17. EL 25 de noviembre de 2014, se recibió en este Organismo Nacional el oficio 095217614BB0/001812, suscrito por el Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, a través del cual comunicó la improcedencia de la queja formulada por V2.

18. El 28 de marzo de 2016, SP6 comunicó vía telefónica a personal de este Organismo Nacional que la CI se encuentra en integración a efecto de recabar constancias y diligencias que requirió la CONAMED.

19. El 5 de mayo de 2016, SP6 informó vía telefónica a personal de este Organismo Nacional que la CI continúa en integración.

IV. OBSERVACIONES

20. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2014/2205/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida, atribuibles a personal médico adscrito al HGCM-SS y HGZ-7, por inadecuada atención médica, en razón a las siguientes consideraciones:

A. INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA. VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

a) Atención médica brindada a V1 en el HGCM-SS.

21. El 20 de marzo de 2011, V1 fue auxiliado por socorristas del ERUM por haber sufrido un accidente automovilístico y lo trasladaron al Servicio de Urgencias del HGCM-SS, donde fue valorado a las 10:32 horas por AR1, quien asentó en su nota inicial que encontró a V1 sin pérdida de alerta, *“refiriendo dolor en región abdominal, en brazo izquierdo, en rodilla izquierda, pierna y tobillos derechos, tensión arterial de 104/100 (normal hasta 130/80) (...) consciente, quejumbroso, pálido, levemente deshidratado, cabeza, cuello y tórax sin compromiso aparente, pulmones bien ventilados, ruidos cardiacos disminuidos de intensidad, abdomen con dolor con resistencia, fractura cerrada de tercio medio de húmero izquierdo, (...) de rodilla izquierda de peroné derecho en su tercio distal y maléolo externo, confirmado con radiografía, reportándolo politraumatizado con fracturas múltiples a descartar abdomen agudo (...)”*, ingresó a la sala de choque y solicitó valoración de traumatología y cirugía general.

22. Los expertos de este Organismo Nacional precisaron que AR1 no realizó una adecuada semiología para encontrar el origen de la presión arterial elevada que presentó V1 para descartar riesgo cardiovascular, al tratarse de un paciente con lesiones torácicas, infringiendo el punto 11.1 de la NOM-030-SSA2-2009¹ relativo al tratamiento y control de la hipertensión arterial que establece: *“(...) El*

¹ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de mayo de 2010, aplicable en el momento de los hechos.

tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mantener una adecuada calidad de vida, y reducir la mortalidad por esta causa (...)”.

23. A las 10:59 horas del mismo día, es decir, media hora después del ingreso de V1 a dicho nosocomio, fue valorado por AR2, quien precisó que el paciente presentaba *“múltiples contusiones a nivel de húmero y rodilla izquierdos, tobillo derecho, dolor abdominal, corroborándose fractura en tercio medio de húmero izquierdo sin lesión neurológica, fractura a nivel supracondíleo femoral izquierdo con hemartrosis² secundaria al mismo nivel, fractura bimalleolar derecha, cerrada, desplazada, consciente, despierto, quejumbroso, con palidez de piel y mucosas, estado hídrico, conservado, neurológicamente íntegro, sin compromiso cardiorrespiratorio aparente, abdomen plano, doloroso a nivel de epigastrio y mesogastrio, con sensación de orinar sin poder lograrlo, pelvis íntegra (...) fractura subcapital femoral proximal derecha sin compromiso neurovascular distal de extremidad inferior izquierda, todas con criterio quirúrgico”*, y agregó que esto informó a V1, quien aún se encontraba con vida por lo que inició manejo conservador mediante inmovilización de las fracturas, así como medidas antitrombóticas y protección antimicrobiana e indicó colocar férula tipo calza en extremidad inferior izquierda, húmero izquierdo y tobillo derecho, y colocó sonda Foley a derivación y permanencia, asimismo solicitó valoración por cirugía general y lo reportó *“grave”*.

² Colección de sangre en la articulación.

24. V1 quedó sin vigilancia y manejo estrecho por los médicos tratantes por más de dos horas, aún en su condición grave, toda vez que no existen constancias médicas que acrediten que en ese lapso se haya valorado al paciente, sino hasta las 13:34 horas que AR3 lo reportó con los antecedentes descritos, además con *“dolor en miembros pélvicos y negando dolor abdominal, a la exploración física con tensión arterial alta de 160/110, frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto, 28 respiraciones por minuto, temperatura de 36°C, alerta, orientado, cooperador, palidez de tegumentos leve, tráquea central, ruidos respiratorios normales, ruidos cardiacos normales, abdomen con dermoabrasión en piel por cinturón de seguridad, blando, doloroso a la palpación media en hipogastrio, rebote negativo, sin pérdida de la matidez hepática, con ruidos intestinales normales, pelvis estable, sonda urinaria drenando orina clara no cuantificada, con férulas en miembro torácico izquierdo y miembros pélvicos, radiografía de tórax sin datos de hemoneumotórax, sin aire libre subdiafragmático, radiografía de pelvis sin trazos de fractura a ese nivel, con fractura subcapital izquierda”*, como se asentó en la nota de interconsulta de esa fecha.

25. Los laboratoriales mostraron a V1 con hemoglobina, hematocrito y plaquetas normales, leucocitos y glucosa elevados, función renal sin alteraciones, por lo que AR3 lo reportó con *“trauma cerrado de abdomen, doloroso a la palpación media, sin signos peritoneales, hemodinámicamente normal, sin indicación para exploración quirúrgica en ese momento, ameritando ultrasonido abdominal, sin contar en ese momento con dicho servicio, por lo que se mantendría en observación con vigilancia de signos vitales y condiciones abdominales, señalando su probable traslado al IMSS”*.

26. A las 15:33 horas de 20 de marzo de 2011, en opinión de expertos de este Organismo Nacional, AR4 sin ningún criterio clínico prescribió a V1, 1000 cc (centímetros cúbicos) de solución mixta para 8 horas y 1000 cc de solución salina al 0.9% para 12 horas, es decir, se le suministraron 5 litros de soluciones intravenosas en 24 horas, que condicionaron aún más el deterioro del paciente dado que incrementó el cuadro hipertensivo; además indicó anticoagulante enoxaparina sin haber descartado sangrado interno por las fracturas, lo que favoreció la persistencia de hemorragia que presentaba V1, si bien AR4 solicitó tele de tórax portátil y ultrasonido abdominal, los mismos debieron haberse requerido desde la admisión del paciente al hospital, además de ser obligatorios, los cuales no se le practicaron a V1 durante su estancia.

27. A las 16:29 horas del mismo día, V1 fue reportado por AR4 con los antecedentes descritos y diagnosticó *“polifracturado (húmero, fémur, rodilla y tobillo), descartar trauma cerrado de abdomen/policontundido, con signos vitales estables, sin compromiso neurológico ni hemodinámico”*, y lo mantuvo en observación clínica estrecha, con pronóstico reservado a evolución clínica y lo reportó *“grave”*.

28. Los expertos de este Organismo Nacional precisaron que AR1, AR2, AR3 y AR4 omitieron verificar que la vía aérea de V1 estuviera permeable para detectar signos de obstrucción, mediante la inspección o buscar cuerpos extraños y fracturas faciales que pudieran comprometer significativamente la vía aérea y la respiración. Asimismo, no inmovilizaron la columna cervical para evitar probables lesiones a ese nivel dado el traumatismo que presentó V1, puesto que de acuerdo

al ATLS³ el trauma torácico constituye una causa significativa de mortalidad y muchos de los pacientes mueren después de llegar al hospital, por ello, es necesario prevenir con el diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno.

29. Los referidos médicos omitieron realizar revisión secundaria detallada a V1, que incluyera examen físico completo y minucioso, así como una nueva evaluación de todos los signos vitales en atención a lo siguiente:

- a) AR1 desestimó la presión arterial elevada que presentó V1.
- b) AR2 no tomó signos vitales y tampoco advirtió que V1 cursaba con fractura de pelvis y de tórax inestable⁴, ambos producto del traumatismo que comprometió más su complicado estado de salud, dado que la gravedad de la lesión en el tórax inestable está directamente relacionada con la gravedad de la lesión parenquimatosa pulmonar (contusión pulmonar) y el dolor asociado con la restricción del movimiento de la pared torácica y la lesión pulmonar subyacente contribuye a la hipoxia⁵ del paciente.
- c) AR3 no realizó una acuciosa exploración física a nivel abdominal, por ello, no advirtió *“la lesión visceral intrabdominal, el trauma cerrado de tórax y la fractura de pelvis”* que presentó V1 y que se documentó, ello en atención a que los sitios más importantes de una hemorragia oculta

³ “Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos” (ATLS), Comité de trauma del Colegio Americano de Cirujanos, Séptima edición, capítulo 4 relativo al Trauma Torácico.

⁴ La fractura de huesos, vísceras (corazón, pulmones, grandes vasos) que afectan la respiración normal.

⁵ Deficiencia de oxígeno en la sangre, células y tejidos del organismo.

son dentro de la cavidad torácica o abdominal hacia tejidos blandos alrededor de la fractura de un hueso largo importante en el espacio retroperitoneal debido a la fractura de pelvis de acuerdo al ATLS⁶.

d) AR4 no tomó signos vitales.

30. La revisión secundaria resulta de suma importancia para identificar lesiones que ponen en peligro la vida⁷ y la extremidad, además de la revisión sistemática con el fin de identificar cualquier otra lesión musculoesquelética, la cual puede ser diagnosticada observando y hablando al paciente, además de la palpación de las extremidades, dado que los cuatro componentes a examinar son: la piel, la función neuromuscular, el estado circulatorio y la integridad esquelética y ligamentosa.

31. Por tanto, AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron el punto 6.1.2 de la NOM-168-SSA1-1998 vigente en la época en que sucedieron los hechos⁸, que señala: *“Exploración física.-Deberá contener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen (...)”*

32. Los expertos de este Organismo Nacional, también señalaron que AR1, AR2, AR3 y AR4 omitieron: **a)** solicitar tomografía de cráneo, tórax y abdomen para descartar daño en órganos internos, **b)** no indicaron monitoreo frecuente del estado de conciencia del paciente para verificar que no hubiera afectación

⁶ Op. cit. página 19.

⁷Neumotórax simple, hemotórax, contusión pulmonar, lesiones: del árbol traqueobronquial, cardíacas cerradas, traumáticas del diafragma, las que atraviesan el mediastino y la ruptura traumática de la orta.

⁸ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 1999.

nerológica, **c)** no efectuaron monitoreo cardiaco y oximetría de pulso, con la finalidad de evaluar la calidad, frecuencia y regularidad para medir la presión sanguínea y la presión del pulso, **d)** no verificaron el gasto urinario, esto es, la cantidad de orina durante determinado tiempo para verificar la función renal del paciente, **e)** tampoco requirieron gasometría arterial y oxigenoterapia no invasiva (punta o mascarilla) para observar la función respiratoria de V1.

33. Lo anterior, dado que los pacientes que sufren trauma torácico son susceptibles de lesiones del miocardio que pueden llevar a arritmias que ocurren más fácilmente si se asocia a hipoxia, hipercarbia y acidosis, consecuencia de lesiones torácicas.

34. La hipoxia tisular resulta de un inadecuado aporte de oxígeno a los tejidos debido a hipovolemia (pérdida sanguínea), alteración pulmonar en la relación ventilación/perfusión (contusión, hematoma, colapso alveolar) y cambios en las relaciones de presión intratorácica (hemotórax a tensión y neumotórax abierto); la hipercarbia ocurre generalmente como resultado de una ventilación inadecuada causada por cambios en las relaciones de presión intratorácica y un nivel de conciencia deprimido, finalmente, la acidosis metabólica es causada por la hipoperfusión⁹ de los tejidos (choque).

35. Por lo anterior, AR1, AR2, AR3 y AR4 transgredieron la fracción V del artículo 2 de la LSEM relativo al derecho a la promoción y protección de la salud que, tiene

⁹ Disminución del flujo sanguíneo de diferentes tejidos.

las siguientes finalidades: “(...) *El disfrute de servicios de salud y asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población (...)*”, correlacionado con el diverso 41, fracción II de dicho ordenamiento legal, sobre las actividades de la atención médica, que puntualiza: “(...) *Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno (...)*”, en concordancia con el ordinal 56 del mismo ordenamiento que dispone: “(...) *Los usuarios tendrán derecho a obtener servicios de salud en forma oportuna y de calidad garantizada, y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno (...)*”, relacionado con la fracción III del artículo 27 de la LGS, que precisa que la atención medica integral, incluye la “*atención de urgencias*”, el cual es un derecho de los beneficiarios de conformidad con la fracción XII del ordinal 77 bis 37 de la referida ley.

36. En opinión de los peritos de este Organismo Nacional AR1, AR2, AR3 y AR4 desestimaron la valoración de urgencia que requería V1 al encontrarse en riesgo su vida, toda vez que:

- a) AR1 omitió solicitar de urgencia valoración por traumatología y cirugía general debido a las lesiones graves que presentó V1 e indicar vigilancia estrecha.
- b) AR2 no requirió valoración por terapia intensiva a pesar de reportar grave a V1 o cuando menos valoración preoperatoria ante una eventual cirugía, ya que estableció que sus fracturas eran “*todas con criterio quirúrgico*”.

- c) AR3 no solicitó valoración urgente por la unidad de cuidados intensivos, a pesar de haber reportado a V1 con *“trauma cerrado de abdomen, descontrol hipertensivo y leucocitos de 24400 (normal hasta 10,000)”*, indicativo de respuesta inflamatoria al trauma, que comprometían severamente aún más su estado de salud e indicar vigilancia estrecha, o al menos hubiera realizado *“punción abdominal”* para descartar sangrado peritoneal y el manejo de descontrol hipertensivo, limitándose a señalar que se mantendría en observación con vigilancia de signos vitales y condiciones abdominales, así como su probable traslado al IMSS.
- d) AR4 no solicitó valoración urgente por terapia intensiva a pesar de haber reportado a V1 como *“grave”*.

37. Derivado de lo anterior, AR1, AR2, AR3 y AR4 no garantizaron el derecho a la protección a la salud de V1, al no proporcionarle la atención de urgencia que requería, a pesar de que fue reportado como *“grave”*, entendiéndose como urgencia conforme al punto 4.10 de la NOM-168-SSA1-1998, vigente al momento de los hechos, como: *“(…) todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata (…)”*.

38. AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron el artículo 43 de la LSEM que establece: *“Todos los prestadores de servicios de salud (…) tienen la obligación de atender todos los casos de urgencias hasta su estabilización (…) sin perjuicio de su posterior remisión a otra institución (…)”*, relacionado con el diverso 37, fracción III de dicho ordenamiento legal que dispone: *“La atención médica integral (…)”*

comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias (...)”, en concordancia con el punto 5.1 de la NOM-206-SSA1-2002¹⁰, vigente al momento de los hechos que puntualiza: *“Los establecimientos de atención médica de los sectores público (...) que cuenten con servicio de urgencias, deben otorgar atención médica al usuario que lo solicite, de manera expedita, eficiente y eficaz, con el manejo que las condiciones del caso requiera (...)*”

39. Los citados médicos también transgredieron el punto 7.2.1 de la NOM-168-SSA1-1998, vigente al momento de los hechos, que establece: *“(...) En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, la cual realizará el médico solicitante (...)*”.

40. V1 egresó de dicho nosocomio a las 17:20 horas de 20 de marzo de 2011, previa realización y firma de nota de alta voluntaria, sin que le hubieran brindado tratamiento adecuado y oportuno a la condición grave que presentó, precisando AR4 que V1 requería atención médica hospitalaria, pero que los familiares decidieron llevárselo de alta voluntaria.

b) Atención médica brindada a V1 en el HGZ-7.

41. A las 21:00 horas de 20 de marzo de 2011, V1 ingresó al Servicio de Urgencias del HGZ-7, sin poder establecer en qué condiciones y cómo se trasladó a dicho paciente, donde fue valorado por AR5, quien lo encontró en *“pésimas condiciones, canalizado con 500 cc (centímetros cúbicos) de solución salina,*

¹⁰ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de septiembre de 2004.

taquicardia de 134x', sin detectar tensión arterial, diaforético, frío, pálido, mucosas secas, cuello con ingurgitación yugular grado II derecha, ruidos cardiacos rítmicos, pulmones con rudeza respiratoria bilateral, abdomen con resistencia muscular y equimosis transversal en hipogastrio, sin peristalsis, extremidad torácica izquierda con fractura de húmero, las inferiores con fractura de tibia bilateral, diagnosticando trauma cerrado de abdomen y trauma musculoesquelético e indicó su ingreso al área de choque con ayuno (...), tiempos de coagulación alargados, indicativos de alteraciones en la coagulación secundarias al trauma que empeoraban el pronóstico, así como radiografía de tórax y solicitó valoración por cirugía general”.

42. En opinión de los expertos de este Organismo Nacional, AR5 omitió realizar una adecuada exploración física, dado que no advirtió el trauma torácico que tenía V1, además no corrigió de inmediato el estado de choque en el que se encontraba, es decir, con trauma cerrado de abdomen y trauma musculoesquelético, manifestado por taquicardia, ausencia de tensión arterial, diaforético¹¹, frío, pálido, mucosas secas, descontrol hiperglicémico, falla renal, desequilibrio electrolítico, tiempos de coagulación alargados.

43. AR5 omitió intubarlo y brindarle ventilación mecánica asistida por el compromiso respiratorio y soporte multisistémico para estabilizarlo, no obstante que reportó a V1 con “*rudeza respiratoria bilateral*”¹². De igual manera, no solicitó valoración urgente por terapia intensiva a pesar de la gravedad del paciente, tampoco cirugía general, traumatología y ortopedia, tomografía de cráneo, tórax y abdomen para descartar daño en órganos internos, no indicó monitoreo frecuente

¹¹ Sustancia que aumenta la sudoración.

¹² Dificultad para respirar.

del estado de conciencia, electrocardiográfico, oximétrico, del gasto urinario, gasometría arterial. Lo anterior como protocolo de estudio del paciente politraumatizado establecido en el ATLS, que requería manejo de urgencia.

44. El artículo 72 del RLGS-MPSAM, define la “urgencia” como: *“todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata”*. En términos similares la define el punto 4.10 de la NOM-168-SSA1-1998, vigente al momento de los hechos, por tanto, AR5 inobservó lo dispuesto en el ordinal 90 del RPM-IMSS que establece: *“Las unidades médicas institucionales, en los casos en que el derechohabiente solicite atención en los servicios de urgencias por presentar problemas de salud que pongan en peligro la vida, un órgano o una función, deberán proporcionar atención médica inmediata”*, correlacionado con la fracción III del artículo 27 de la LGS, que precisa que la atención médica integral, incluye la *“atención de urgencias”*, el cual es un derecho de los beneficiarios de conformidad con la fracción XII del ordinal 77 bis 37 de la referida ley.

45. AR5 también incumplió el artículo 48 del RLGS-MPSAM que dispone: *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)”* en concordancia con la fracción II del ordinal 8 del mismo ordenamiento que precisa las actividades de atención médica: *“CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)”*.

46. A las 21:20 horas de 20 de marzo de 2011, V1 fue atendido por AR6, quien lo encontró en *“malas condiciones generales, en estado de chock (...) muy grave, priorizando el compromiso abdominal, comentó el caso con el cirujano general, quien indicó que V1 pasaría a quirófano a la brevedad para manejo quirúrgico del abdomen agudo”* e informó a familiar del estado de salud grave.

47. AR7 estableció en la solicitud de intervención quirúrgica del servicio de cirugía general el diagnóstico preoperatorio de *“trauma cerrado abdominal”*, operación proyectada *“laparotomía exploradora”*.

48. Los expertos de este Organismo Nacional señalaron que AR6 y AR7 omitieron realizar una acuciosa exploración física con toma de signos vitales, toda vez que ambos no advirtieron el trauma cerrado de tórax que presentó V1. Además AR6 pasó desapercibida la fractura de tobillo derecho bimalleolar con exposición de huesos del tarso pie derecho del paciente y que se documentó en la necropsia; asimismo, omitió indicar manejo de las fracturas y solicitar valoración urgente por terapia intensiva.

49. La exploración física debió realizarse de manera meticulosa, en forma sistemática y en secuencia establecida como: inspección, auscultación, percusión y palpación, toda vez que un impacto directo en un choque vehicular puede causar compresión o lesión por aplastamiento de las vísceras que pueden ocasionar su ruptura con hemorragia secundaria y peritonitis.

50. Por lo anterior, AR6 y AR7 inobservaron el punto 6.1.2 de la NOM-168-SSA1-1998, vigente al momento de los hechos, relativo a la exploración física; asimismo,

AR6 transgredió el punto 7.2.1 de dicho ordenamiento legal relacionado con la solicitud de interconsulta por médico especialista.

51. A las 21:30 horas de 20 de marzo de 2011, V1 ingreso a quirófano para la realización de laparotomía exploradora, sin que el médico de este Organismo Nacional haya podido establecer el riesgo anestésico, ya que es ilegible como se advierte del Registro de Anestesia y Recuperación.

52. A las 22:05 horas de 20 de marzo de 2011, inició la cirugía de V1, la cual se practicó bajo anestesia general balanceada proporcionada por AR8 y previa firma de consentimiento informado, operación realizada por el cirujano AR7, misma que consistió en laparotomía exploradora en la que cortaron la parte lesionada del intestino delgado y posteriormente se procedió a la unión del mismo; de igual manera, cortaron la parte afectada del intestino grueso y colocaron la bolsa (colostomía) para las evacuaciones, asimismo realizaron lavado e instalaron bolsa de Hartman para drenaje de cavidad con hallazgos de *“líquido intestinal y hemático en cantidad de 4 litros aproximadamente libre en cavidad, lesión grado IV de íleon (lesión consistente en sección completa transversal del intestino delgado a nivel del íleon) a 40 cm aproximadamente de válvula ileocecal con sección completa del mismo y de su mesenterio, segmento lesionado de 20 cm, lesión grado IV de colon descendente (sección del colon) con desvascularización segmentaria por sección de mesocolon, necrosis de pared de colon, un segmento de 30 cm aproximadamente a 10 cm de reflexión peritoneal, lesión por avulsión (arrancamiento) de epiplón (...)*”, concluyó la cirugía a las 00:50 horas de 21 de marzo de 2011 y V1 egresó a recuperación a las 01:15 horas.

53. Los hallazgos descritos fueron derivados de las lesiones graves con motivo del accidente automovilístico, complicaciones que pasaron inadvertidas por los médicos que atendieron a V1 en el HGCM-SS.

54. De acuerdo a los expertos de este Organismo Nacional, AR7 omitió solicitar valoración urgente a terapia intensiva en el postoperatorio inmediato dados los antecedentes y hallazgos quirúrgicos descritos, por tanto, contravino el punto 7.2.1 de la NOM-168-SSA1-1998, vigente al momento de los hechos, relativo a las interconsultas que requieran los pacientes.

55. V1 permaneció en recuperación sin vigilancia estrecha por parte de AR7 y AR8, aproximadamente cinco horas y media, a pesar de su estado crítico, politraumatizado, postoperado de laparotomía exploradora, puesto que no existen constancias médicas que evidencien que en ese lapso fue valorado, sino hasta las 06:50 horas de 21 de marzo de 2011, AR8 asentó en la nota entrega anestesiología que encontró a V1 con *“mala orientación en las tres esferas, palidez, pulmón derecho con hipoventilación, abdomen con herida quirúrgica, extremidades con fracturas, emersión de anestesia por lisis que no corresponde a desorientación del paciente, señalando que debido a su gravedad ameritaba manejo en la unidad de cuidados intensivos, comentando el caso con el subdirector, indicando hasta ese momento la realización de placa de tórax y tomografía de cráneo para descartar edema cerebral”*.

56. Los expertos de este Organismo Nacional precisaron que AR8 omitió realizar una adecuada y acuciosa exploración física dirigida a investigar el origen de la hipoventilación de pulmón derecho y de la desorientación del paciente, debiendo

al menos oxigenar a V1. Si bien AR8 solicitó valoración por terapia intensiva, placa de tórax y tomografía de cráneo, éstas no se le realizaron de inmediato, siendo el caso que 55 minutos después de la solicitud la víctima falleció. También precisaron que el estado de gravedad que reportó AR8, confirmó que el agraviado ameritaba valoración por Terapia Intensiva desde que concluyó la cirugía, situación que omitió AR7, quien operó a V1.

57. AR5, AR6, AR7 y AR8 incumplieron lo dispuesto en el ordinal 7 del RPM-IMSS que puntualiza *“Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores”*, correlacionado con el diverso 43 del RPM-IMSS que puntualiza: *“El personal de salud deberá, en todo momento (...) procurando un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad, acordes al conocimiento científico vigente (...)”*, en concordancia con el ordinal 9 del RLGS-MPSAM que señala: *“(...) La atención médica deberá llevarse (...) de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica (...)”*.

58. Las irregularidades descritas repercutieron en el deterioro de la salud de V1 que impidieron garantizar con efectividad su derecho a la protección a la salud.

B) PÉRDIDA DE LA VIDA DE V1.

59. El 21 de marzo de 2011, minutos después de las 06:50 horas, V1 fue reportado por SP1 con los diagnósticos de *“trauma profundo de abdomen, postoperado de laparotomía exploradora y lo encontró en el servicio de recuperación en malas condiciones generales, con aumento de trabajo*

*respiratorio, pálido, diaforético, con frecuencia respiratorio de 42x’’, hasta este momento se le proporcionó manejo avanzado de la vía aérea y apoyo mecánico ventilatorio, a la exploración física lo reportaron con enfisema subcutáneo en cuello (presencia de aire en los tejidos bajo piel de cuello), con hipoventilación de hemitórax derecho, realizando descompresión a nivel de segundo espacio intercostal derecho con catéter 18, procedimiento indicado para tratar neumotórax a tensión, presentando posteriormente parada cardiaca que no revirtió a maniobras de reanimación básica y avanzada brindadas aproximadamente por 45 minutos, por lo que falleció a las 07:45 horas, enseguida procedió a informar a los familiares y al Ministerio Público para realizar la necropsia de ley por tratarse de un caso médico legal, precisando que el “*enfisema subcutáneo en cuello*” derivó de manera directa del trauma torácico que lesionó la vía aérea, lo que pasó inadvertido en el HGCM-SS.*

60. El 21 de marzo de 2011 a las 14:00 horas, SP2 practicó al cadáver de V1 la necropsia de Ley, en la que describió como hallazgos relevantes los siguientes: *“(...) deformidad de brazo izquierdo por fractura cerrada de húmero (...) infiltrados hemáticos en tejido subgaleal (...) cuello infiltrados hemáticos en tejido celular subcutáneo y ambos músculos esternocleidomastoideos de predominio izquierdo y a nivel de base de cuello (...) tráquea con la mucosa ligeramente contundida en toda su superficie (...) infiltrados hemáticos en músculos pectorales e intercostales de ambos hemitórax (...) hemotórax bilateral con líquido hemático de aproximadamente 800 ml en cavidad derecha y 600 ml en cavidad izquierda (...) trazo de fractura de clavícula derecha en tercio proximal, unión esternoclavicular y trazos de fractura de lado derecho con fractura a nivel de insección esternal de la segunda, tercera, cuarto, quinto, sexto, séptimo y octavo arco costal anterior (...)*

fractura anterior del segundo, tercero, cuarto y quinto arcos costales (...) pulmón derecho colapsado con infiltrados hemáticos y laceración en ápice (...) pulmón izquierdo contundido en punta del lóbulo superior y en sus hilios con abundantes infiltrados (...) pericardio con infiltrado hemático en su cara anterior y base (...) diafragma con infiltrados hemáticos en su cúpula derecha (...) hígado con puntilleo en lóbulo izquierdo en su cara inferior (...) bazo con puntilleo hemático difuso sin laceración (...) asas intestinales reconstruidas quirúrgicamente (...) infiltrados hemáticos en mesenterio (...) fractura no expuesta de húmero izquierdo (...) fractura no expuesta de tibia y peroné derecho (...) fractura isquiopúbica bilateral (...) fractura de tobillo derecho bimalleolar con exposición de huesos del tarso pie derecho (...) fractura bimalleolar cerrada del pie izquierdo (...)”La causa de muerte fue *“hemorragia aguda interna por lesión de órganos torácicos por contusión profunda”*.

61. Los expertos de este Organismo Nacional señalaron que las lesiones graves que sufrió V1, si bien fueron derivadas de manera directa del accidente automovilístico, también lo es que precisamente por dicha condición grave debieron haberse extremado precauciones y brindado manejo médico urgente adecuado e idóneo, sin embargo, las lesiones que presentó V1 no fueron tratadas oportunamente por los médicos del HGCM-SS y HGZ-7, toda vez que pasaron desapercibidas las colecciones de sangre de ambos pulmones, las múltiples fracturas de la parrilla costal, de la clavícula, del esternón, el pulmón derecho colapsado y lacerado, el pulmón izquierdo contundido, los infiltrados en pericardio y diafragma, además de las fracturas isquiopúbica bilateral, de ambos tobillos y la expuesta del tarso derecho.

62. Asimismo, se constató en el certificado de defunción firmado por SP2, que la causa de la muerte de V1 fue por *“hemorragia aguda interna por lesión de órganos torácicos por contusión profunda”*.

63. De las evidencias reseñadas y analizadas se acreditó la inadecuada atención médica por parte del personal médico del HGCM-SS y HGZ-7 que trajo como consecuencia la pérdida de la vida de V1.

64. La Corte Interamericana ha sostenido que: *“(...) El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido (...).”*¹³

65. Esta Comisión Nacional en la Recomendación General número 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”¹⁴ estableció que: *“(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”*. Se reconoce que la protección a la salud: *“(...) es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud.”* Se

¹³ “Caso de los Niños de la calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”, sentencia de 19 de noviembre de 1999, párrafo 144.

¹⁴ De 23 de abril de 2009.

advirtió, además, que *“el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”*.

66. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, para proteger, promover y restaurar la salud de las personas. En el presente caso, el personal médico del HGCM-SS y HGZ-7, debieron considerar el estado integral de V1, toda vez que no le brindaron la atención de urgencia y el tratamiento oportuno que ameritaba debido a las lesiones de órganos torácicos que presentó y que también pasaron desapercibidos para dichos facultativos.

67. En cuanto al personal del HGZ-7, aún cuando practicaron cirugía de laparotomía a V1, durante su recuperación lo dejaron sin vigilancia estrecha en su condición grave, lo que se traduce en una desatención, y posteriormente le produjo paro cardíaco que derivó en la pérdida de la vida de V1.

68. De todo lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1 contenidos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, 29 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2, fracciones I, II y V; 23, 27, fracciones II y III; 32, 33 fracción I y II, 51 párrafo primero de la LGS; 8, fracciones I y II, 9, 48, 71 y 72 del RLGS-MPSAM; 1, 5, 6, 7, 43 y 90 del RPM- IMSS, 37, fracción III, 40, 41, fracciones I y II, 43 de la LSEM; el

contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-168-SSA1-1998, NOM-206-SSA1-2002, vigentes al momento de los hechos y la NOM-030-SSA2-2009.

69. En los numerales 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 10.1, 10.2, incisos a) y b) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 12.1 y 12.2, inciso a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; I y XI de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre; 3 y 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, se señala el derecho a la vida, la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos y se establece el margen mínimo de prestación en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico de calidad, y el deber de adoptar las medidas necesarias para su plena efectividad.

70. De todo lo expuesto se concluye que el personal médico del HGCM-SS y HGZ-7, vulneró el derecho a la protección de la salud de V1, que propició la pérdida de la vida.

C) DERECHO A CONOCER LA VERDAD RESPECTO A LA ATENCIÓN MÉDICA DE V1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

71. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advierte que las notas médicas de la atención brindada a V1 en el HGCM-SS y HGZ-7, se observó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR7 y AR8, omitieron asentar el nombre

completo, cargo o rango, algunos datos presentan abreviaturas, y el Registro de Anestesia y Recuperación de 20 y 21 de marzo de 2011, era ilegible el apartado de riesgo anestésico quirúrgico, por tanto, infringieron los lineamientos establecidos en el puntos 5.9 de la NOM-168-SSA1-1998, vigente al momento de los hechos, que establece: “ (...) *Todas las notas en el expediente clínico deberán contener (...) nombre completo de quien la elabora (...)*”, así como el diverso 5.10 de la citada norma que indica: “ (...) *Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible (...)*”.

72. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, 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 le proporcionó en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

73. La inobservancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, vigente al momento de los hechos, y que por decreto del 15 de octubre de 2012 fue sustituida por la NOM-004-SSA3-2012 “Del Expediente Clínico”, han sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en las Recomendaciones¹⁵ en las que se señalaron, precisamente, las omisiones

¹⁵ 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, 6/2013, 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, 30/2014, 33/2014, 35/2014, 37/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 11/2015,

en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos. A pesar de las Recomendaciones emitidas, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana “Del expediente clínico”, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. Las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos

74. En la sentencia del “Caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”¹⁶, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha sostenido 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. 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.*”

19/2015, 20/2015, 24/2015, 25/2015, 29/2015, 30/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 44/2015, 45/2015, 46/2015, 51/2015, 52/2015, 8/2016, 12/2016 y 14/2016.

¹⁶ Sentencia de 22 de noviembre de 2007 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 68.

75. De lo expuesto, se advierte que AR1, AR2, AR3 y AR4 contravinieron los artículos 26 y 27, fracción I de la Ley Estatal de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Morelos¹⁷, en tanto que AR5, AR6, AR7 y AR8 incumplieron las obligaciones contenidas en los artículo 8°, fracciones I, VI y XXIV de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y 303 de la Ley del Seguro Social, ambos ordenamientos prevén 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.

D. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

76. 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, pero 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; y 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, 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 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

¹⁷ Vigente al momento de los hechos.

hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

77. Para tal efecto en términos de los artículos 1, fracciones I, II III, 2, 3, 8, fracciones IX, XIII, 9, fracciones II y VII, 73, 74, 78, 79, 81, 89 y 92 de la Ley de Atención y Reparación a Víctimas del Delito y de Violaciones a los Derechos Humanos para el Estado de Morelos, así como 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 62, 64, fracciones I y II 73 fracción V, 74, 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 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) 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”, de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas¹⁸, aplicables en el presente asunto por tratarse de ordenamientos jurídicos de máxima protección de los derechos humanos de las víctimas, al acreditarse violaciones a los derechos humanos por inadecuada atención médica y pérdida de la vida de V1, se deberá inscribir a V1, V2, V3, V4 y demás familiares que conforme a derecho corresponda en el Registro Único de Víctimas del Estado de Morelos y el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva Estatal, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación de esa entidad federativa y de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a dichas instancias.

¹⁸ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015.

78. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”*¹⁹, y en diversos criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se establece que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

79. En el *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, la Corte Interamericana de Derechos Humanos enunció que: *“(…) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”*, además precisó que *“(…) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos.”*²⁰

80. Sobre el *“deber de prevención”* la Corte Interamericana de Derechos Humanos, sostuvo que: *“(…) abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico,*

¹⁹ Adoptados por la ONU el 16 de diciembre de 2005.

²⁰ Sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas), párrafos 300 y 301.

*político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte.*²¹ En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos de V1, que derivó en la inadecuada atención médica y pérdida de la vida de V1, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados.

I. Rehabilitación

81. De conformidad con la Ley de Atención y Reparación a Víctimas del Delito y de Violaciones a los Derechos Humanos para el Estado de Morelos y la Ley General de Víctimas, se debe brindar a V2, V3, V4 y demás familiares de V1 que conforme a derecho corresponda, la atención psicológica o tanatológica que requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcance su total sanación física, psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género. Esta atención, no obstante el tiempo transcurrido a partir de que acontecieron los hechos, deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente.

²¹ Sentencia del 29 de julio de 1988, “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” (Fondo), párrafo 175.

Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos.

II. Satisfacción

82. Independientemente de la responsabilidad penal en que hubiesen incurrido los médicos involucrados de ambos hospitales, en caso de que la responsabilidad administrativa haya prescrito, las autoridades recomendadas, conforme a los procedimientos internos, deberán dejar constancia de la presente Recomendación en su expediente administrativo, con motivo de las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1, que derivó en la pérdida de su vida.

III. Garantías de no repetición

83. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, por ello, es necesario que las autoridades del IMSS y de la Secretaría de Salud del Estado de Morelos implementen un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos y el curso sobre el programa avanzado de apoyo vital en trauma (ATLS) a todo el personal del HGZ-7 y HGCM-SS, asimismo, sobre la debida observancia de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-168-SSA1-1998 (ahora NOM-004-SSA3-2012 “Del Expediente Clínico”), NOM-206-SSA1-2002 (ahora NOM-027-SSA3-2013 “Regulación de los Servicios de Salud”), vigentes al momento de los hechos y NOM-030-SSA2-2009, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la

presente Recomendación, y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos. De igual forma, los manuales y cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad.

84. Asimismo, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico del HGZ-7 y HGCM-SS, en la que se les exhorte 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, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado y profesional para atender casos similares al presente. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la LGS, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de la referida Ley.

IV. Compensación.

85. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, se considera necesario que las autoridades del IMSS y de la Secretaría de Salud del Estado de Morelos se coordinen y otorguen una compensación a los familiares de V1 que conforme a derecho corresponda, derivado de la afectación a su salud y por la pérdida de V1, cuyo monto deberá establecerse en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y la Comisión Ejecutiva Estatal, como consecuencia de la responsabilidad en que

incurrió el personal médico del HGZ-7 y HGCM-SS en los términos descritos en esta Recomendación.

86. Con fundamento en los artículos 1°, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6°, fracción III; 73, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional formule la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra el personal médico del IMSS involucrado; y se dará seguimiento a la CI que se integra en la Fiscalía General del Estado de Morelos contra el personal médico involucrados del HGCM-SS.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a ustedes, señores Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social y Gobernador Constitucional del Estado de Morelos, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

A Usted, señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social:

PRIMERA. En coordinación con el Gobierno del Estado de Morelos, se tomen las medidas para reparar el daño ocasionado a los familiares de V1, que conforme a derecho corresponda con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del HGZ-7, involucrado en los hechos, derivada de la violación a los derechos humanos precisados en el presente, que propició la pérdida de la vida

de V1, que incluya una compensación, y se les proporcione atención psicológica y tanatológica, con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Diseñar e impartir un curso integral a todos los servidores públicos adscritos al HGZ-7, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, así como un curso sobre el programa avanzado de apoyo vital en trauma (ATLS) y de conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas señaladas en la presente recomendación. De igual forma, los manuales y el contenido de los cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad, y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se instruya a quien corresponda para que los servidores públicos del HGZ-7, adopten medidas efectivas de prevención, que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan 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.

CUARTA. Se giren las instrucciones respectivas para emitir una circular dirigida al personal médico del HGZ-7, en la que se les exhorte entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas de conformidad a las disposiciones de la Secretaría de Salud, con la

finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado para atender casos similares al presente, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se adopten las medidas necesarias para que en todos los hospitales del IMSS que brinden el servicio de urgencias, especialmente el HGZ-7, sea oportuna y de calidad, con la finalidad de efectuar un diagnóstico temprano que permita establecer un tratamiento para atenuar, detener o en su caso revertir la gravedad que presentan los pacientes, 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.

SEXTA. En caso de que la responsabilidad administrativa de AR5, AR6, AR7 y AR8 haya prescrito, instruir a quien corresponda, a fin de que conforme a los procedimientos internos, se determine dejar constancia de la presente Recomendación en su expediente administrativo, y se remita a este Organismo Nacional el documento que acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se colabore en la integración de la indagatoria que se inicie con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de la República, por ser AR5, AR6, AR7 y AR8 servidores públicos federales, y se remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos las constancias que acrediten dicha colaboración.

OCTAVA. Inscribir a V1, V2, V3, V4 y demás familiares que conforme a derecho corresponda en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, para ello, este Organismo Nacional remitirá la presente Recomendación a dicha instancia y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

A usted, señor Gobernador Constitucional del Estado de Morelos:

PRIMERA. En coordinación con el Instituto Mexicano del Seguro Social, se tomen las medidas para reparar el daño ocasionado a los familiares de V1, que conforme a derecho corresponda con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del HGCM-SS, involucrado en los hechos, derivada de la violación a los derechos humanos precisados en la presente Recomendación, que derivaron en la pérdida de la vida de V1, que incluya una compensación, y se les proporcione atención psicológica y tanatológica, con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Diseñar e impartir un curso integral a todos los servidores públicos adscritos al HGCM-SS, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, así como un curso sobre el programa avanzado de apoyo vital en trauma (ATLS) y de conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas señaladas en la presente Recomendación. De igual forma, los manuales y el contenido de los cursos deberán estar disponibles de forma

electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad, y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se adopten las medidas necesarias para que en todos los hospitales de Estado de Morelos que brinden el servicio de urgencias, especialmente el HGCM-SS, sea oportuna y de calidad, con la finalidad de efectuar un diagnóstico temprano que permita establecer un tratamiento para atenuar, detener o en su caso revertir la gravedad que presentan los pacientes, 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.

CUARTA. Se giren las instrucciones respectivas para emitir una circular dirigida al personal médico del HGCM-SS, en la que se les exhorte entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas de conformidad a las disposiciones de la Secretaría de Salud, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado para atender casos similares al presente, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se instruya a quien corresponda para que los servidores públicos del HGCM-SS, adopten medidas efectivas de prevención, que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan 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.

SEXTA. En caso de que la responsabilidad administrativa de AR1, AR2, AR3 y AR4 haya prescrito, instruir a quien corresponda, a fin de que, conforme a los procedimientos internos, se determine dejar constancia de la presente Recomendación en su expediente administrativo, y se remita a este Organismo Nacional el documento que acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se colabore en el seguimiento de la carpeta de investigación que se inició ante la Fiscalía General del Estado de Morelos en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4 servidores públicos locales involucrados en los hechos y se tomen en cuenta las evidencias reseñadas y analizadas en la presente Recomendación, y remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos las constancias que acrediten dicha colaboración.

OCTAVA. Inscribir a V1, V2, V3, V4 y demás familiares que conforme a derecho corresponda en el Registro Único de Víctimas del Estado de Morelos, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley de Atención y Reparación a Víctimas del Delito y de Violaciones a los Derechos Humanos para el Estado de Morelos, para ello, este Organismo Nacional remitirá la presente Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

87. 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 de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas 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 u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

88. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

89. 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, en el plazo de quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

90. 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 que requieran, su comparecencia a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ