



## Comisión Nacional de los Derechos Humanos

**RECOMENDACIÓN NO. 24/2017**

**SOBRE EL CASO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y VIOLACIONES AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE V1, EN HOSPITALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO.**

Ciudad de México, a 21 de Junio de 2017

**LIC. ARTURO NUÑEZ JIMÉNEZ  
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL  
DEL ESTADO DE TABASCO.**

Distinguido Gobernador:

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, tercer párrafo, 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, así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2014/7968/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, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 147 de su Reglamento Interno y 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Los datos se

pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, quien tendrá el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes y vistos los siguientes:

## **I. HECHOS.**

3. El 24 de noviembre de 2014, se publicó en un medio de comunicación la nota periodística en la que se dio a conocer el caso de V1, mujer de 29 años de edad, quien presentaba trastorno congénito del desarrollo intelectual y discapacidad en el habla. En la nota se narra que el 20 de noviembre de 2014, aproximadamente a las 06:30 horas al encontrarse en trabajo de parto fue ingresada por V2 al Hospital General de Macuspana, de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco (Hospital General) donde dio a luz a V3; pero el personal tratante dejó la placenta en la matriz de V1 y V3 *“fue entregada sucia después de nacer, no le extrajeron líquido amniótico y así la dieron de alta”*.

4. De la investigación realizada por este Organismo Nacional se constató que con posterioridad al parto, el 20 de noviembre de 2014 a las 12:25 horas V1 fue trasladada al Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez” ubicado en Villahermosa, Tabasco, (Hospital Regional) debido a que presentaba hemorragia obstétrica y choque hipovolémico, sin embargo, como a las 20:00 horas, perdió la vida debido a una falla orgánica múltiple, con coagulación intravascular diseminada, acidosis metabólica severa y choque hipovolémico grado II.

5. El 3 de diciembre de 2014, esta Comisión Nacional, acordó ejercer la facultad de atracción sobre el caso e iniciar de oficio la queja radicada en el expediente **CNDH/4/2014/7968/Q** solicitando información y copia del expediente clínico de V1 y V3 a la Secretaría de Salud de Tabasco; se realizaron las diligencias necesarias

para el esclarecimiento de los hechos, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

## **II. EVIDENCIAS.**

**6.** Nota periodística de 24 de noviembre de 2014, publicada por un medio de comunicación sobre el caso de V1.

**7.** Formulario de queja de 24 de noviembre de 2014 en la que se hicieron constar las manifestaciones de V2 y T sobre el caso de V1.

**8.** Acta Circunstanciada de 25 de noviembre de 2014 en la que este Organismo Nacional hizo constar la gestión telefónica sostenida con la Subdirección del Hospital General, quien describió la atención brindada a V1.

**9.** Acta Circunstanciada de 25 de noviembre de 2014, en la que esta Comisión Nacional hizo constar la diligencia realizada en la entonces Procuraduría General de Justicia del Estado de Tabasco, en la que se tuvo conocimiento de la integración de la AP con motivo del caso de V1.

**10.** Acuerdo de inicio de expediente de oficio y atracción, de 3 de diciembre de 2014, emitido por esta Comisión Nacional, por los hechos del caso.

**11.** Acta Circunstanciada de 4 de diciembre de 2014, donde consta la entrevista a V2 por parte de esta Comisión Nacional, en la que se recabaron diversas documentales, entre las que destacan:

**11.1** Oficios del 10 de abril, 1 de agosto y 27 de noviembre de 2014, dirigidos a la Subsecretaría y a la Secretaría de Salud de Tabasco, por la Dirección del Hospital General en los que refiere la falta de personal en cirugía general, ginecología, y en el turno nocturno de Ginecología, solicitando apoyo para la contratación de personal.

**12.** Oficio PJ/MA\_I/3244/2014 de 8 de diciembre de 2014 en el que la entonces Procuraduría General de Justicia en el Estado de Tabasco informó que la AP se encontraba en integración.

**13.** Oficio CEDH-P-083/15 de 10 de marzo de 2015 por el que la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Tabasco informó que estaba integrando el Expediente de Queja y remitió copia del mismo.

**14.** Expediente clínico de V1 integrado en el Hospital General, del que destacan las siguientes constancias:

**14.1** Nota médica del 20 de noviembre de 2014, a las 06:30 horas firmada por AR2.

**14.2** Nota de atención al parto, del 20 de noviembre de 2014, a las 07:05 horas, sin nombre ni firma.

**14.3** Indicaciones médicas del 20 de noviembre de 2016, a las 08:30 horas, suscrita por AR1, AR2 y MIP.

**14.4** Nota médica del 20 de noviembre de 2014, a las 08:55 horas, firmada por AR1.

**14.5** Nota médica del 20 de noviembre de 2014, a las 10:20 horas, firmada por SP2.

**14.6** Nota médica del 20 de noviembre de 2014, a las 10:20 horas, firmada por SP3.

**14.7** Nota médica de referencia del 20 de noviembre de 2014, a las 10:30 horas, suscrita por AR1.

**15.** Expediente clínico de V1 integrado en el Hospital Regional del que destacan las siguientes documentales:

**15.1** Nota médica de ingreso a urgencias, del 20 de noviembre de 2014, a las 12:25 horas, suscrita por SP5 y MR.

**15.2** Nota preoperatoria del 20 de noviembre de 2014, a las 12:25 horas, firmada por AR3.

**15.3** Nota médica postoperatoria, del 20 de noviembre de 2014, a las 13:20 horas, realizada y firmada por AR3.

**15.4** Nota médica de ingreso a hospitalización, del 20 de noviembre de 2014, a las 17:01 horas, firmada por SP4.

**15.5** Nota médica de defunción de terapia intensiva, del día 20 de noviembre de 2014, a las 20:51 horas, firmada por SP4.

**16.** Opinión médica sobre el caso de V1, emitida el 9 de agosto de 2016, por un médico de este Organismo Nacional.

**17.** Oficio DG/386/16 de 30 de noviembre de 2016 mediante el cual la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico informó a este Organismo Nacional sobre la tramitación del Expediente de Conciliación en esa instancia, en el cual se dejaron a salvo los derechos de las partes.

**18.** Acta circunstanciada de 27 de febrero de 2017, en la que se hizo constar la gestión telefónica realizada con V2 quien, entre otros aspectos, manifestó que V3

tiene un padecimiento en los bronquios y fue necesario que se le otorgara atención médica privada, agregando que la menor ingresaría a preescolar y que no cuenta con los recursos para asumir los gastos correspondientes, ya que desconoce quién es el padre de V3.

**19.** Acta Circunstanciada de 6 de abril de 2017, en la que se hizo constar la llamada telefónica con el personal del Juzgado de Control y el Tribunal de Juicio Oral Región 1 en Macuspana, Tabasco, el cual informó sobre el estado que guarda la Causa Penal relacionada con la AP.

**20.** Acta circunstanciada de 7 de junio de 2017, en la que se hizo constar la gestión telefónica realizada con V2 quien, en lo esencial, destacó que V3 se encuentra en buen estado de salud, pero reiteró que la menor ingresaría a preescolar, manifestando su inquietud al ser una persona de 66 años de edad que no cuenta con los recursos suficientes para asumir los gastos derivados de la manutención de la menor.

### **III. SITUACIÓN JURÍDICA.**

**21.** El 21 de noviembre de 2014 la entonces Procuraduría General de Justicia de Tabasco inició la AP por el delito de homicidio culposo en la modalidad de negligencia médica, con motivo de la denuncia interpuesta por V2, en la cual, el 9 de diciembre de 2016, solicitó la vinculación a proceso al Juzgado de Control y el Tribunal de Juicio Oral Región 1 en Macuspana, Tabasco; pero en audiencia de 28 de marzo de 2017 se determinó la no vinculación a proceso de AR1, por lo que la ahora Fiscalía General interpuso recurso de apelación, el cual está pendiente de resolución.

**22.** El 25 de noviembre de 2014 V2 interpuso queja ante la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico y se inició el Expediente de Conciliación, en el cual, por no haberse dado un acuerdo conciliatorio entre las partes, el 25 de mayo

de 2015 se dejaron a salvo sus derechos para que los hicieran valer ante la instancia legal correspondiente.

**23.** El 25 de noviembre de 2014, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Tabasco inició el Expediente de Queja, el cual, en atención al acuerdo de atracción, fue remitido a este Organismo Nacional el 15 de octubre de 2015.

#### **IV. OBSERVACIONES.**

**24.** En atención a los hechos y evidencias del expediente CNDH/4/2014/7968/Q, en términos del artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes, que acreditan la vulneración a los derechos humanos de V1, por lo que a continuación, se realizará el siguiente análisis: 1. Derecho a la protección de la salud de V1; 1.1. Inadecuada atención médica otorgada a V1 por personal del Hospital General, 1.2. Inadecuada atención médica otorgada a V1 por personal del Hospital Regional 1.3 Incumplimiento de las obligaciones de disponibilidad y calidad en los servicios de salud otorgados por el Hospital General, 2. Derecho a la vida y 3. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica.

##### **1. Derecho a protección de la salud de V1.**

**25.** El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido en su jurisprudencia que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: *“el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que para garantizarlo, es menester que sean*

*proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos”<sup>1</sup>.*

**26.** *“Esta Comisión Nacional, ha reiterado 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 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”<sup>2</sup>.*

**27.** El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, de las Naciones Unidas en su Recomendación General 24, párrafo 1 dispuso que *“el acceso a la atención la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (...) “es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”<sup>3</sup>.*

---

<sup>1</sup> Jurisprudencia administrativa *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD”*. Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530. Ver: CNDH: Recomendaciones 9/2017, p.21; 7/2017, p 24; 6/2017, p. 20; 5/2017, p.17 y 41/2016, pp. 26 y 27.

<sup>2</sup> CNDH. Recomendación General 15. *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, del 23 de abril de 2009, pág. 7; Recomendaciones 9/2017, p.22; 7/2017, p.25; 6/2017, p.21; 5/2017, p.18; 41/2016, p. 22, y 38/2016. p.21.

<sup>3</sup>CNDH. Recomendaciones 9/2017, p.24; 7/2017, p.22; 6/2017, p.23; 5/2017, p.20; 50/2016, p. 36, y 38/2016. pp.23 y 24.



## **1.1 Inadecuada atención médica otorgada a V1 en el Hospital General.**

**28.** En el presente caso V1, ingresó al Hospital General, donde fue valorada por AR1 quien determinó que cursaba un embarazo a término (entre 37 y 41 semanas de gestación) en periodo expulsivo, por lo que se determinó su ingreso a la sala de labor.

**29.** En la misma fecha, a las 7:05 horas, V1 fue valorada nuevamente; en la nota elaborada al efecto no se asentó el nombre y firma del médico que brindó la atención, sin embargo, del informe rendido por la Dirección del Hospital General se confirmó que el médico que recibió a V1 y atendió el parto fue AR2, quien realizó, además, asepsia y antisepsia de muslos, abdomen y vagina, se le aplicó lidocaína y se procedió a efectuar episiotomía<sup>4</sup>, suscitándose en ese momento el nacimiento de V3.

**30.** Sobre el particular, de acuerdo con la opinión médica de este Organismo Nacional no se justificó la práctica del procedimiento de episiotomía, pues la Guía de Práctica Clínica del Consejo de Salubridad General "*Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*" describe que ésta debe realizarse si existe necesidad clínica como un parto instrumental o ante un periné corto y/o rígido que afecte el estado fetal, lo cual no ocurría en el presente caso; asimismo, la Guía de Práctica Clínica de "*Uso racional de la episiotomía*" describe que se trata de un procedimiento quirúrgico comúnmente realizado sin evidencia clara de su beneficio para la salud de la paciente.

**31.** En la misma opinión médica se asentó que V3 respiró y lloró al nacer, sin embargo no se describe la aplicación de "*oxitocina*" a V1 al momento de la expulsión, ello a pesar de que la Guía de Práctica Clínica, "*Vigilancia y manejo del*

---

<sup>4</sup> Ampliación del canal de parto, a través de una incisión perineal.

*trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*” recomienda la administración de este medicamento en momento posterior a la liberación del hombro anterior del recién nacido; porque la “*oxitocina*” reduce a la mitad el riesgo de hemorragia postparto, omitiéndose de manera inadecuada su administración.

**32.** Después de 15 minutos de la expulsión del producto V1 continuó al tercer periodo del trabajo de parto, relativo la expulsión de la placenta, misma que fue extraída de manera incompleta según se describió en la nota antes referida: *“...quedando restos placentarios por lo que se utiliza espejo vaginal para revisión de cavidad la cual se logra obtener escasos coágulos”*.

**33.** Al respecto, en la opinión médica de esta Comisión Nacional la episiotomía y la retención placentaria eran factores de riesgo para desarrollar hemorragia obstétrica posparto, tal como lo describe la Guía de Práctica Clínica *“Prevención y manejo de la hemorragia obstétrica en el primer, segundo y tercer niveles de atención”*, por lo que de esa manera se puso en peligro la vida de V1.

**34.** Se efectuó a V1 una episiorrafia (reparación de la episiotomía o sutura en la vulva) pero continuó sangrando, por lo que el médico tratante, cuyo nombre y firma no obra en la nota correspondiente, realizó una nueva revisión de la cavidad encontrando restos placentarios y coágulos, pero no se estableció en la nota si la hemorragia obstétrica cesó; empero, se solicitó la realización de una biometría hemática completa para transfundir hemoderivados, lo que de acuerdo con la opinión médica sugiere que V1 presentaba una pérdida hemática importante. Además, la opinión médica de este Organismo Nacional concluye que aunque se indicó la aplicación de “*oxitocina*” para tratar de inhibir la hemorragia obstétrica, existió tardanza en su aplicación y se omitió la indicación de reposición de líquidos, lo cual puso en riesgo a V1 de sufrir un choque hipovolémico.

**35.** Además, de acuerdo a la citada opinión médica, no se indicó el envío de V1 a un nosocomio que tuviera los recursos necesarios para que fuera atendida de manera adecuada, ya que el Hospital General no contaba con gineco-obstetra en ese momento, considerando que de acuerdo con la anterior Guía de Práctica Clínica antes citada, el tratamiento de la hemorragia obstétrica requiere un equipo interdisciplinario.

**36.** A las 8:30 horas del 20 de noviembre de 2014 V1 fue valorada por AR1 y AR2 quienes prescribieron medicamentos para prevenir un proceso infeccioso y dolor, pero omitieron canalizar una segunda vía parenteral<sup>5</sup>, y la transfusión del paquete globular solicitado en la nota preliminar, siendo lo anterior de vital importancia puesto que V1 cursaba con hemorragia obstétrica, que ponía en riesgo su vida.

**37.** A las 8:55 del mismo día V1 fue nuevamente valorada por AR1 quien le realizó una revisión de cavidad, ya que continuaba con sangrado transvaginal, pero sin éxito debido al dolor intenso que presentaba la paciente por la hemorragia obstétrica. Al respecto, AR1 indicó otra revisión de cavidad bajo anestesia indovenosa, sin embargo, el Hospital General no contaba con médico anestesiólogo, observando nuevamente esta Comisión Nacional la falta de un equipo interdisciplinario en el nosocomio.

**38.** De esa forma, inadecuadamente, AR1 no indicó el traslado urgente de V1 al tercer nivel de atención que contara con médicos capacitados, es decir, especialistas en anestesiología y ginecología-obstetricia, contraviniendo lo previsto en la Guía de Referencia Rápida, *“Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas”*, que prevé en los criterios de *“Referencia y Contra referencia”* que: *“En todas las unidades médicas se deberá valorar si cuentan con los recursos y la infraestructura necesaria para atender las emergencias obstétricas, en caso contrario deberá referir a la paciente”*, situación que cobra

---

<sup>5</sup> Forma de administrar medicamentos mediante la punción de la piel.

relevancia al considerar que en el área de tococirugía se encontraba laborando solamente un médico general.

**39.** En ésta última revisión, AR1 también omitió canalizar una segunda vía parenteral para tratar las pérdidas hemáticas que presentaba V1, lo cual era de gran importancia debido a la hemorragia obstétrica que ponía en riesgo su vida.

**40.** Respecto a la solicitud de valoración por el servicio de anestesiología realizada a las 8:55 horas, fue hasta las 10:20 horas, cuando SP2 acudió para la atención de V1, lo que en la opinión de este Organismo Nacional permite conocer que la falta de personal en el nosocomio propició una dilación en el oportuno tratamiento de V1 y, en consecuencia, un aumento en la complicación de la hemorragia obstétrica que ameritaba su cuidado inmediato.

**41.** A las 10:20 horas de la misma fecha, SP3 realizó la exploración de cavidad uterina bajo anestesia, extrayendo escasos restos placentarios, sin embargo, tal procedimiento no tuvo éxito ya que no pudo extraer la totalidad de la placenta de la cavidad, aunado a que el reporte de hemoglobina de la paciente de 5.5 mg/dl<sup>6</sup> y el deterioro clínico que presentaba eran indicativos de que cursaba con un choque hipovolémico<sup>7</sup>, por lo que se determinó su envío al tercer nivel de atención con el diagnóstico de placenta acreta<sup>8</sup>.

**42.** No obstante lo anterior, en consideración a la opinión del médico de este Organismo Nacional desde la atención del parto a las 7:05, hasta las 10:30 horas, V1 no recibió atención y tratamiento oportunos por un equipo interdisciplinario capacitado, complicando el cuadro de hemorragia obstétrica.

---

<sup>6</sup> Normal de 12 a 15 gr/dl

<sup>7</sup> Trastorno generalizado de flujo sanguíneo que origina un suministro inadecuado de oxígeno a los tejidos.

<sup>8</sup> Adherencia anómala de la placenta a la pared uterina.

**43.** A las 10:30 horas del 20 de noviembre de 2014, V1 fue enviada al Hospital Regional por AR1, quien en la nota elaborada al efecto omitió especificar el estado neurológico y hemodinámico que guardaba en ese momento V1; además, se observa que fue trasladada con soluciones parenterales y hemoderivados, pero SP1 aplicó la transfusión del primer paquete globular a V1 a las 10:30 horas, lo que es indicio de que cursó con más de tres horas con hemorragia obstétrica secundaria a restos placentarios sin una adecuada reposición de líquidos, desde el momento de la atención del parto a las 7:05 horas, ya que en el expediente clínico no hay constancia previa de aplicación, pues AR1, AR2 y el otro médico que también atendió el trabajo de parto omitieron indicar la adecuada reposición de líquidos y hemoderivados.

**44.** El Hospital General no contaba con médico especialista en ginecología y obstetricia en los turnos matutino y nocturno, lo que era de vital importancia debido a la hemorragia obstétrica que presentaba V1, complicando aún más su estado de salud.

### **1.2 Inadecuada atención médica otorgada a V1 en el Hospital Regional.**

**45.** V1 ingresó al Hospital Regional a las 12:25 horas del 20 de noviembre de 2014, donde se le diagnosticó un coma superficial o pérdida de la conciencia, signos de daño a nivel nervioso central y vascular, presentando un choque hipovolémico grado IV, por lo que se le aplicó oxígeno, canalización de dos vías permeables, colocación de sonda Foley, reanimación hídrica y se requirieron hemoderivados.

**46.** A las 12:25 horas de la misma fecha, fue turnada a quirófano donde se le extrajeron restos placentarios, reportándose la presencia de atonía uterina<sup>9</sup>, misma que en la opinión médica de esta Comisión Nacional impide la disminución

---

<sup>9</sup> Pérdida de tono de la musculatura del útero en el puerperio.

del tamaño del útero y el sellado de vasos sanguíneos desencadenando hemorragia obstétrica.

**47.** La opinión médica de esta Institución destaca que con motivo de la atonía uterina que presentaba la paciente, requería vigilancia estrecha; sin embargo, de manera inadecuada AR3 omitió realizar las acciones indicadas para su manejo de acuerdo con la citada Guía de Práctica Clínica *“Prevención y manejo de la hemorragia obstétrica en el primer, segundo y tercer niveles de atención”* consistentes en: a) Vigilancia continua hasta descartar hemorragia activa, b) Solicitar exámenes para determinar el cumplimiento de metas terapéuticas, c) Visitas periódicas por parte del obstetra para descartar hemorragia residual y, en su caso, indicar una nueva intervención cuando sea necesario, y d) Consulta en el puerperio para una nueva evaluación por obstetricia. Además, en el seguimiento de V1, en el expediente clínico, no existe registro de valoración posoperatoria por parte del servicio de ginecología y obstetricia que descartara o confirmara la persistencia de la hemorragia obstétrica.

**48.** Del análisis de los reportes de laboratorio de ingreso al servicio de urgencias y de los realizados posteriormente al 20 de noviembre de 2014 a las 15:31, se observó que V1 continuaba con hemorragia obstétrica ya que los mismos reportaron disminución de hemoglobina y hematocrito; no obstante tales resultados no fueron considerados al no existir una valoración posterior a la revisión manual de cavidad por parte de AR3 y del servicio de ginecología y obstetricia.

**49.** En ese sentido, en la opinión médica de este Organismo Nacional, al continuar con la hemorragia obstétrica se debió realizar tratamiento quirúrgico radical consistente en histerectomía, sin embargo, la paciente no fue valorada sino hasta las 17:01 horas en la unidad de cuidados intensivos, es decir, por más de tres

horas V1 estuvo sin vigilancia estrecha, agravando con lo anterior su estado clínico y hemodinámico.

**50.** A las 17:01 horas del mismo día, V1 ingresó al servicio de terapia intensiva, donde fue atendida por SP4 con un diagnóstico de choque hipovolémico grado IV, posteriormente presentó bradicardia<sup>10</sup> hasta llegar a la asistolia<sup>11</sup>, lo que desencadenó un paro cardiorespiratorio, por lo que se realizó reanimación cardiopulmonar avanzada por más de 7 minutos y, posteriormente, presentó un nuevo paro cardiorespiratorio, encontrándose en un estado clínico grave, con un mal pronóstico y alta probabilidad de muerte.

**51.** De acuerdo con la opinión médica de esta Comisión Nacional, las complicaciones antes descritas fueron consecuencia de la hemorragia obstétrica y al choque hipovolémico, que no fueron debidamente atendidas por los Hospitales General y Regional, conculcando con ello el derecho a la protección de la salud de V1.

### **1.3 Incumplimiento de las obligaciones de disponibilidad y calidad en los servicios de salud del Hospital General.**

**52.** La Comisión Nacional recuerda que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas considera que todos los servicios, artículos, equipos e instalaciones de salud deben cumplir con los principios de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad. Específicamente la *disponibilidad* se refiere “a la **existencia de infraestructura y programas suficientes para dar cobertura al derecho a la protección de la salud**”<sup>12</sup>, y el principio de *calidad* “requiere que los

---

<sup>10</sup> Descenso de la frecuencia de contracción cardíaca.

<sup>11</sup> Insuficiencia de las contracciones del corazón.

<sup>12</sup> “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, p. 12

*bienes y servicios de salud posean parámetros adecuados, Ello requiere, entre otras cosas, **personal médico capacitado**, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas”.*<sup>13</sup>

**53.** Al respecto, se destaca que durante la atención otorgada a V1 en el Hospital General, el 20 de noviembre de 2014 en la que se indicó una segunda revisión de cavidad bajo anestesia endovenosa no se contaba con médicos especialistas en anestesiología, ni en ginecología, ni en obstetricia, por lo que a falta de un equipo interdisciplinario para la atención pertinente de V1 se desencadenó una dilación en su tratamiento y un aumento en las complicaciones de salud.

**54.** En las evidencias del presente caso obran los oficios dirigidos por la Dirección del Hospital General de 10 de abril, 1 de agosto y 27 de noviembre de 2014, a la Secretaría de Salud de Tabasco, en los que se comunicó que los médicos que ocupaban las plazas de cirugía general y ginecología fallecieron, por lo que no contaba con las mismas, y que en el caso del turno nocturno de ginecología no tenía médico desde hace años, situación que, según se desprende de esos oficios, fue observada por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) en supervisiones que realizó a ese nosocomio, lo que permite afirmar a esta Comisión Nacional el incumplimiento del Hospital General del deber de tener personal suficiente y capacitado.

**55.** Por tanto, AR1, AR2, AR3 y la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco de manera institucional, son responsables por la vulneración del derecho a la protección de la salud de V1, previsto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 4º, párrafo cuarto constitucionales; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 51, primer párrafo y 61 fracción I, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II, 9 y 48, del Reglamento de la Ley

---

<sup>13</sup> CNDH. Recomendación 18/2016, pp. 112 y 126.



General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 1, 2, 5, apartado A fracción II, 25 fracción I, 29, 32 fracciones I y II y 33, fracciones I y II de la Ley de Salud del Estado de Tabasco, 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1 y 10.2, inciso a), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”).

## **2. Derecho a la vida de V1.**

**56.** Para este Organismo Nacional el derecho a la vida *“consiste en el goce de la conservación de la existencia humana, la cual debe cumplir un ciclo natural que no puede ser suspendido o interrumpido por acciones y omisiones de agentes externos, ya que ello implicaría la privación de un derecho básico y esencial, de un valor superior en el conjunto de ordenamientos que protegen y regulan la esfera jurídica del ser humano”*.<sup>14</sup>

**57.** *“El derecho a la vida tiene un contenido normativo de doble naturaleza: el deber del Estado de respetar la vida humana, mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a las condiciones que los garanticen”*<sup>15</sup>.

**58.** La Corte Interamericana de Derechos Humanos (CrIDH) reiteradamente ha afirmado que *“el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. En*

---

<sup>14</sup> Recomendación 38/2016, p.74 y Recomendación 51/2015, p.110.

<sup>15</sup> CNDH. Recomendación 50/2016, p.129 y Recomendación 46/2016, p.66.

*razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo”<sup>16</sup>*

**59.** *“Este Organismo Constitucional ha reiterado que “los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), -como el derecho a la protección de la salud- tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales – como el derecho a la vida<sup>17</sup>; (...) por tanto, los incumplimientos a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados pueden generar también vulneraciones a los derechos individuales, como en el presente caso”.*<sup>18</sup>

**60.** Es así que, derivado de la inadecuada atención recibida, a las 20:51 horas del 20 de noviembre de 2014, se declaró la muerte clínica de V1 con un diagnóstico de *“Falla orgánica múltiple, Coagulación intravascular diseminada, Acidosis Metabólica, Choque hipovolémico grado IV, Puerperio Patológico Inmediato...”*. Lo anterior, en la opinión médica de este Organismo Nacional permite conocer que V1 presentaba un daño multiorgánico severo secundario a la hemorragia obstétrica que nunca se atendió, lo que desencadenó la pérdida de la vida de V1.

**61.** En la necropsia de V1, se estableció como conclusión o causa de muerte *“choque hemorrágico, causa que la produjo: múltiples focos hemorrágicos en cavidad uterina (endometrio)”*. Al respecto, en la opinión médica de este Organismo Nacional, la conclusión relacionada con la presencia de un choque hemorrágico secundario a la hemorragia uterina presentada, confirmó que no se atendió la hemorragia obstétrica, lo que desencadenó un daño multiorgánico que derivó en pérdida de la vida de V1.

---

<sup>16</sup>Caso Ximenes López Vs. Brasil. “Sentencia de 4 de julio de 2006, p. 124. CNDH: Recomendaciones 46/2016, p.91; 38/2016, p.77 y 18/2016, p.106.

<sup>17</sup> Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.

<sup>18</sup> CNDH. Recomendación 18/2016, p. 106.

**62.** En conclusión, la inadecuada atención médica otorgada a V1 derivó en las complicaciones de salud que propiciaron su deceso, vulnerándose con ello su derecho a la vida, previsto en los artículos 1° constitucional; 2 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Tabasco; 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 1.1 y 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

**Condición de vulnerabilidad de V1 en razón de su discapacidad.**

**63.** Para este Organismo Nacional, existe un deber a cargo del Estado, de eliminar las barreras que impiden a las personas con discapacidad el acceso pleno a sus derechos y el ejercicio de los mismos en condiciones de igualdad; por ello, es necesario que todos los agentes estatales, en el ámbito de sus funciones, implementen medidas que permitan su debida garantía y observancia.

**64.** Como garantes del derecho a la protección de la salud y a la vida, las instituciones y el personal involucrado en la atención médica de las personas, deben establecer condiciones adecuadas y particulares para el tratamiento de los pacientes que presenten una determinada discapacidad, que permitan brindarles condiciones óptimas de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad necesarias en el otorgamiento de servicios de salud.

**65.** La Organización de las Naciones Unidas, en su Observación General 5 sobre *“Las Personas con discapacidad”*, aprobada por el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, estableció que para promover la realización progresiva de los derechos de este grupo *“la obligación consiste en adoptar medidas positivas para reducir las desventajas estructurales y para dar el trato preferente apropiado a las personas con discapacidad, a fin de conseguir los*

*objetivos de la plena participación e igualdad dentro de la sociedad para todas ellas.”*<sup>19</sup>

**66.** En ese sentido, del análisis del presente caso, se concluye que tales deberes no fueron satisfechos por el personal que estuvo a cargo del seguimiento médico de V1, ya que durante la atención proporcionada no se visibilizó la condición de especial vulnerabilidad que presentaba y que motivaba un deber del Estado de una reforzada diligencia en su seguimiento médico, ya que debido a su incapacidad de comunicarse y manifestar sus padecimientos, como lo manifestó V2, en el sentido de que *“actuaba como una niña de 6 o 7 años de edad”*, el personal tratante debió reforzar la vigilancia y seguimiento estrecho de su parto a fin de establecer medidas precisas y eficaces para salvaguardar su salud y su vida; asimismo, tal y como se documentó en las declaraciones de V2 y en el expediente clínico de V1, no se observó que estuviera acompañada por un familiar durante este proceso, acompañamiento que era indispensable al tratarse de una persona con discapacidad que debía ser asistida regularmente por algún familiar.

**67.** Para este Organismo Nacional, resulta trascendente hacer énfasis en que el trastorno del desarrollo intelectual congénito de V1 la colocaba en una posición de extrema y particular vulnerabilidad<sup>20</sup>, por lo que, las entidades de salud pública que la atendieron tenían un deber reforzado de protección atendiendo a tal circunstancia, siendo el caso que las irregularidades en las que incurrieron AR1, AR2 y AR3 propiciaron la vulneración de los artículos 8 de la Ley General para la Inclusión de las personas con Discapacidad, así como 4 y 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas. Esta circunstancia ha sido explicada por la Comisión Interamericana de Derechos

---

<sup>19</sup> *“Obligaciones generales de los Estados Parte”* p.9.

<sup>20</sup> Caso *“Ximénes López Vs. Brasil”*. Demanda presentada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ante la Corte IDH el 1 de octubre de 2004. pp. 2 y 3.

Humanos, en particular respecto de aquellas personas que presentan un trastorno del desarrollo intelectual de tipo congénito.

### **3. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica de V1.**

**68.** *“La violencia obstétrica es una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las **mujeres** durante el embarazo, parto o puerperio que les genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocarles la pérdida de la vida o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, también del abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros”<sup>21</sup>.* El derecho a una vida libre de violencia está previsto en los artículos 35, 46 y 49 de la la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, y 6, fracciones III, IV, V, VII, XIV, XV, XX, XXIV, XXVI, XXVII y XVIII de la Ley Estatal de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Tabasco.

**69.** *“La Comisión Nacional hace énfasis en que el problema de la violencia obstétrica no puede reducirse a una cuestión de calidad en la atención médica, a las difíciles condiciones en las que labora el personal de las instituciones de salud, o a un problema de formación en la ética del personal médico. Para este Organismo Autónomo, la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser una forma específica de violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a una vida libre de violencia”<sup>22</sup>.*

---

<sup>21</sup> CNDH. Recomendaciones 38/2016, p. 82; 46/2016, p. 79.; 50/2016, p.119; 5/2017, p.57; 6/2017, p. 53, entre otras.

<sup>22</sup> CNDH. Recomendaciones 6/2017, p. 58 y 5/2017, p. 62.

**70.** En el presente caso, como se ha analizado, el 20 de noviembre de 2014 a las 7:05 horas, AR2 practicó a V1 una episiotomía, sin establecer una justificación de la misma, por lo que no es posible establecer el beneficio que implicaba la realización de este procedimiento en la paciente, por tanto, al efectuar el mismo, sin sustento médico y de manera rutinaria se le causó una afectación física innecesaria durante la resolución del parto; en ese sentido, en consideración de este Organismo Nacional, esa práctica es constitutiva de violencia obstétrica.

**71.** Con base en las anteriores consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que AR2 es responsable por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém Do Pará”), al haber incurrido en una práctica injustificada durante el parto de V1, constitutiva de violencia obstétrica.

#### **4. Responsabilidad.**

**72.** Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2 y AR3 incurrieron en irregularidades en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las conductas y omisiones ya descritas en las Observaciones, mismas que configuraron violaciones a los derechos a la vida, protección de la salud y a una vida libre de violencia obstétrica de V1; consecuentemente, este Organismo Constitucional considera que existen evidencias suficientes para concluir que incumplieron sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, y eficiencia como servidores públicos, previstas en los artículos 1, 2 y 47, fracciones I y XXI, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Tabasco, y 66 y 68, párrafo uno de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Tabasco, por lo que con fundamento en los artículos 1°, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados 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, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presentará queja ante la instancia competente a fin de que se inicie e integre el procedimiento de responsabilidad administrativa correspondiente, y denuncia ante la Fiscalía General del Estado de Tabasco, en contra de los citados médicos por incurrir en las vulneraciones a los derechos humanos descritas den la presente Recomendación.

#### **5. Reparación integral del daño.**

**73.** De conformidad con lo establecido en los artículos 1°, párrafo tercero, 108, y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

**74.** En atención a lo previsto en los artículos 1, 2, 3, 4,5, 6, fracción II, 8, 28, 30, 32 y 41 de la Ley de Atención, Apoyo y Protección a Víctimas u Ofendidos en el Estado de Tabasco, en el presente caso, V2 y V3 adquieren la calidad de víctimas indirectas, con motivo del vínculo familiar existente en su calidad de madre e hija de V1, el cual propicia que sean susceptible de sufrir un impacto en su esfera psicosocial, con motivo de las posibles alteraciones en su entorno y en su vida familiar, generadas a partir de los hechos analizados en el presente

pronunciamiento, por lo que deberán ser consideradas para efectos de la determinación de la reparación integral del daño, así como su inscripción en el Registro Estatal de Víctimas de esa entidad Federativa cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas, a fin de que, en lo conducente, tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral a Víctimas en el Estado de Tabasco o Fondo Estatal. Para tal efecto, esta Comisión Nacional, remitirá copia de la presente Recomendación a la Comisión Ejecutiva Estatal.

**a) Medidas de rehabilitación.**

**75.** La atención médica y psicológica que se preste a V2, deberá ser proporcionada siempre que estas lo acepten, por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcancen su total sanación psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género.

**76.** Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente.

**77.** En el presente caso, al realizar una valoración del caso es pertinente destacar que desde su nacimiento, V3 se encuentra bajo el cuidado de V2, quien es un adulto mayor de 66 años y según se desprende de constancias manifestó no cuenta con los recursos económicos suficientes para su manutención, por lo que este Organismo Nacional considera que a fin de garantizar el goce de atención médica de calidad de manera permanente, se deberá otorgar a V3 afiliación a los servicios médicos de la Secretaría de Salud de Tabasco de manera vitalicia.



#### **b) Medidas de satisfacción.**

**70.** Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a las víctimas, las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja administrativa y la denuncia penal por la responsabilidad profesional que en su caso resulte, en contra de AR1, AR2 y AR3, por las violaciones a los derechos humanos en que incurrieron, debiendo valorar en el caso de AR1 y AR2 la falta de experticia ante la carencia de galenos especializados.

#### **c) Garantías de no repetición.**

**71.** Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. En este sentido, se recomienda se diseñen e impartan en los nosocomios involucrados, cursos de capacitación en materia de **1)** derecho a la vida en el ámbito de la protección de la salud materna **2)** derecho a una vida libre de violencia y **3)** infraestructura y recursos humanos.

#### **d) Medidas de compensación (Indemnización).**

**72.** Al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y a una vida libre de violencia obstétrica de V1 la autoridad responsable deberá indemnizar a V2 y V3, conforme a la Ley de Atención, Apoyo y Protección a Víctimas u Ofendidos en el Estado de Tabasco.

**73.** Además, al valorar que V3 se encuentra a cargo de V2, adulto mayor de 66 años, quien en gestiones ante este Organismo Nacional, manifestó no contar con los recursos para solventar la manutención y educación de V3, esta Comisión

Nacional considera que el Gobierno del Estado de Tabasco puede crear un fideicomiso, para que V3 cuente con recursos económicos suficientes para concluir sus estudios, al menos hasta su mayoría de edad que le permitan cubrir sus gastos de alimentación, ropa, calzado, transportación, útiles, libros y cualquier material necesario para cursarlos sin apuros económicos.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular a usted, señor Gobernador Constitucional del Estado de Tabasco las siguientes:

#### **V. RECOMENDACIONES.**

**PRIMERA.** Se tomen las medidas indispensables para reparar el daño a V2 y V3 conforme a la Ley de Atención, Apoyo y Protección a Víctimas u Ofendidos en el Estado de Tabasco, que incluya una indemnización o compensación, con motivo de las violaciones a los derechos humanos en agravio de V1 descritas en la presente Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Se otorgue atención psicológica con oportunidad, calidad y calidez, a V2, siempre que así lo acepte, y atención médica vitalicia para V3 en centros de atención médica perteneciente a la Secretaría de Salud de esa entidad federativa, o bien en otros que cuenten con tratamientos adecuados y, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**TERCERA.** Crear un fideicomiso con la finalidad de que V3 cuente con los recursos económicos necesarios y suficientes para cubrir sus necesidades de manutención y estudio, al menos hasta que cumpla la mayoría de edad, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**CUARTA.** En colaboración con la Comisión Ejecutiva Estatal de Tabasco, se proceda a inscribir a V2 y V3 en el Registro Estatal de Víctimas para que tenga acceso al Fondo Estatal, previsto en la Ley de Atención, Apoyo y Protección a Víctimas u Ofendidos en el Estado de Tabasco; para ello, este Organismo Nacional remitirá la presente Recomendación a la Comisión Ejecutiva Estatal.

**QUINTA.** Colabore en la denuncia penal por la responsabilidad profesional que en su caso se configure, que presentará esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Fiscalía General del Estado de Tabasco, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEXTA.** Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el trámite de la queja administrativa para iniciar procedimiento disciplinario a AR1, AR2 y AR3 ante la instancia que corresponda, en virtud de las consideraciones vertidas en esta Recomendación, remitiendo para tal efecto, las pruebas que le sean requeridas.

**SÉPTIMA.** Gire instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se incorporen copias de la presente Recomendación en los expedientes laborales y personales de AR1, AR2 y AR3 a efecto de que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, en agravio de V1, V2 y V3 debiendo enviar las constancias de su cumplimiento.

**OCTAVA:** Se diseñen e impartan en el Hospital General y el Hospital Regional los siguientes cursos: **1)** Capacitación en materia del derecho a protección de la salud materna, **2)** Violencia obstétrica, e **3)** Infraestructura y recursos humanos. Los cursos deberán ser impartidos por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres para sensibilizar al personal de salud, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a

este pronunciamiento, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

**NOVENA.** Se giren las instrucciones necesarias, a fin de que se tomen las medidas para dotar al Hospital General, de personal médico especializado en gineco-obstetricia y anestesiología, y todo aquello que garantice los estándares de disponibilidad, aceptabilidad y calidad en los servicios de salud que brinde, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**DÉCIMA.** Designe al servidor público que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

**74.** 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.

**75.** De conformidad con 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.

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

**77.** 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 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**