



**RECOMENDACIÓN NO. 38/2017**

**SOBRE EL CASO DE VIOLACIÓN A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE V1, EN EL HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE TAMPICO, TAMAULIPAS, DEPENDIENTE DE LA SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL, Y DE ACCESO A LA JUSTICIA EN SU MODALIDAD DE PROCURACIÓN DE JUSTICIA EN AGRAVIO DE V2, POR LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.**

Ciudad de México, a 14 de septiembre de 2017

**GENERAL SALVADOR CIENFUEGOS ZEPEDA  
SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL.**

**DR. RAÚL CERVANTES ANDRADE  
PROCURADOR GENERAL DE LA REPÚBLICA.**

Distinguidas autoridades:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer 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 contenidas en el expediente **CNDH/4/2015/7601/Q**, relacionado con el caso de V1 y V2.

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 4° párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en 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 9 de septiembre de 2015, la Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí remitió, por razón de competencia, a esta Comisión Nacional el escrito de queja presentado por V2, por presuntas violaciones a los derechos humanos cometidos en contra de V1, por parte de servidores públicos del Hospital Militar Regional de Tampico, Tamaulipas, dependiente de la Secretaría de la Defensa Nacional (en lo sucesivo “Hospital Militar”).

4. V2 de ocupación militar, narró que V1 mujer de 30 años de edad, se encontraba embarazada de su segundo hijo y cursó los nueve meses de embarazo de manera normal, llevando su control prenatal en el Pelotón de Sanidad del 36° Batallón de Infantería, en Ciudad Valles, San Luis Potosí, lugar donde le indicaron que debía acudir con un especialista, razón por la cual fue remitida al Hospital Militar.

5. El 11 de agosto de 2015, V1 fue internada en el Hospital Militar, siendo atendida por AR1, quien al percatarse que V3 estaba *“muy grande”* y *“no podía nacer”* le tuvo que fracturar la clavícula derecha. Posterior al parto, AR1 al revisar la cavidad vaginal de V1, observó que ésta presentaba una lesión que le provocó un sangrado, por lo que tuvieron que intervenirla en tres ocasiones y le quitaron la matriz. A pesar de lo anterior, el sangrado continuó de manera abundante,

provocando un paro cardiorrespiratorio y choque hipovolémico a V1, quien falleció a las 00:04 horas del 12 de agosto de 2015.

6. V2 expresó que, derivado de lo sucedido, sus dos hijos quedaron en orfandad, a quienes por cuestiones de trabajo no le es posible cuidar como debería, precisando que V3 viviría con su abuela paterna, mientras que V4 con sus abuelos maternos.

7. En ese contexto, el 29 de septiembre de 2015, la Procuraduría General de Justicia Militar inició la AP1, por el fallecimiento de V1, misma que por razones de competencia, remitió el 22 de octubre de 2015, a la Delegación la PGR en Tamaulipas, la cual dio inicio a la AP2.

8. Con motivo de los hechos, esta Comisión Nacional inició el expediente de queja **CNDH/4/2015/7601/Q**, solicitando información y copia del expediente clínico a la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), e informe a la Procuraduría General de la República (PGR) y 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.**

9. Escrito de queja de 19 de agosto de 2015, presentado por V2 ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí, el cual fue remitido a esta Comisión Nacional por razón de competencia el 9 de septiembre de 2015.

10. Oficio DH-VII-15656 de 11 de noviembre de 2015, por el cual diversos servidores públicos de la SEDENA rindieron el informe solicitado por este Organismo Nacional.

11. Expediente clínico de V1, integrado en el Hospital Militar.

- 12.** Opinión médica sobre el caso de V1, emitida el 19 de agosto de 2016, por una médica de este Organismo Nacional.
- 13.** Oficio DH-VII-12659 de 21 de octubre de 2016, por el que la SEDENA informó a esta Comisión Nacional que por razones de competencia, remitió la AP1, a la Delegación de la PGR en Tamaulipas.
- 14.** Oficio A.Q. 2204 de 17 de marzo de 2017, por el cual la SEDENA informó a esta Comisión Nacional que con esa fecha el Área de Quejas del Órgano Interno de Control emitió acuerdo de archivo en el procedimiento administrativo de investigación (PAI), iniciado con motivo de la queja presentada por V2.
- 15.** Oficio 3792/17 DGPCDHQI de 6 de junio de 2017, por el cual la PGR informó a esta Comisión Nacional, que en la AP2 fue emitido dictamen por el cual se autorizó la consulta de reserva de dicha averiguación.
- 16.** Oficio 4442/17 DGPCDHQI de 27 de junio de 2017, por el cual personal de la PGR, rindió el informe solicitado por este Organismo Nacional.
- 17.** Acta Circunstanciada de 3 de julio de 2017, en la que consta la entrevista sostenida por visitadores adjuntos de esta Comisión Nacional con AR2, así como la descripción de las actuaciones contenidas en la AP2.
- 18.** Constancia de 3 de julio de 2017, suscrita por AR2, en la que consta que visitadores adjuntos de este Organismo Nacional solicitaron copias de todas las actuaciones de la AP2, lo cual fue negado apoyándose *“en el artículo 16 del Código Federal de Procedimientos Penales”*.
- 19.** Acta circunstanciada de 7 de julio de 2017, en la que se hizo constar un correo electrónico enviado a esta Comisión Nacional, por un servidor público de la PGR, en el cual anexó constancias de diligencias realizadas por AR2, dentro de la AP2.

### **III. SITUACIÓN JURÍDICA.**

**20.** El Área de Quejas del Órgano Interno del Control en la SEDENA inició un expediente administrativo de investigación, sobre el cual informó a este Organismo Nacional que el 17 de marzo de 2017 fue determinado con un acuerdo de archivo, por no encontrar elementos de responsabilidad administrativa.

**21.** Derivado de los hechos, el 29 de septiembre de 2015, la Procuraduría General de Justicia Militar inició la AP1, misma que por razones de competencia, remitió a la Delegación de la PGR en Tamaulipas, el 22 de octubre de 2015, donde el 27 de noviembre de 2015 se inició la AP2.

**22.** El 28 de diciembre de 2016, se emitió dictamen con el que se autorizó la consulta de reserva de la AP2, a cargo AR2, en el que se especificó que se encuentran pendientes de desahogo: *“La ratificación del escrito de denuncia presentado por V2, declaración ministerial de AR1, solicitar el expediente clínico de la persona que llevara el nombre [V1], al Director del [Hospital Militar], dictamen de la CONAMED, así como las demás diligencias que de las anteriores se deriven [...] en virtud de que hasta el momento no existen los elementos de prueba que permitan determinar el EAP [...] con fundamento en el artículo 131 del Código Federal de Procedimientos Penales”.*

**23.** El 3 de junio de 2017, AR2 dictó acuerdo de avocamiento y reingreso de la AP2, y ha desahogado diversas diligencias. Indagatoria que continua en integración.

### **IV. OBSERVACIONES.**

**24.** En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente CNDH/4/2015/7601/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo

Nacional encuentra elementos de convicción suficientes, que acreditan vulneración a los derechos humanos de V1, V2, V3 y V4; por lo que a continuación, se realizará el siguiente análisis: 1. Derecho a la protección de la salud, por inadecuada atención médica, y 2. Derecho a la vida, ambos en agravio de V1; y 3. Derecho de acceso a la justicia en su modalidad de inadecuada procuración de justicia, en agravio de V2.

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

**25.** El artículo 4º 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>.

---

<sup>1</sup> Registro 167530. DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

<sup>2</sup> Recomendación 61/2016, párr. 85.

27. Asimismo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 señaló que el acceso a la atención de 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<sup>3</sup>.

- **Inadecuada atención médica otorgada a V1 en el Hospital Militar.**

28. En el presente caso, V1, mujer de 30 años, quien cursaba su segundo embarazo<sup>4</sup>, acudió el 12 de mayo de 2015 al Hospital Militar, lugar donde AR1 la describió como una paciente de talla baja (142 centímetros), lo cual representaba un factor de riesgo<sup>5</sup>; al respecto, AR1 no consideró el período intergénésico largo de V1, es decir, el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción de otro, el cual de acuerdo con la opinión médica de esta Comisión Nacional, al ser un periodo mayor de cuatro años (en este caso particular 6 años), constituye un factor de riesgo obstétrico asociado a preeclampsia, por lo que inadecuadamente, AR1 no estableció ni consideró el período intergenésico largo de V1.

29. De igual forma, AR1 determinó inadecuadamente que V1 cursaba un embarazo sin factores de riesgo, respaldándose en los datos del primer embarazo de V1. Lo anterior tuvo como consecuencia que AR1 no previera oportunamente

---

<sup>3</sup> Además se puntualizó que: “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>4</sup> El primer parto de V1 fue vía vaginal en el año 2008, sin complicaciones, con peso del producto de 2600 gramos.

<sup>5</sup> La talla baja es considerado un factor de riesgo, toda vez que el espacio para el crecimiento del producto puede ser insuficiente, al igual que el diámetro pélvico para la resolución del embarazo.

las posibles complicaciones obstétricas, como desproporción cefalopélvica<sup>6</sup>, trabajo de parto disfuncional, parto operatorio (cesárea) y preeclampsia, poniendo en riesgo al binomio materno-fetal.

**30.** El 4 de agosto de 2015, V1 fue de nuevo atendida por AR1, quien le explicó que, de continuar el embarazo a libre evolución, y de llegar a pesar el producto de la gestación más de 4 kilogramos, no se llegaría a trabajo de parto, por lo que AR1 explicó la posibilidad de inducir el embarazo de manera electiva, citando a V1 para el 11 de agosto del 2015.

**31.** El 11 de agosto de 2015, de acuerdo con una nota médica, AR1 determinó que V1 estaba citada para inducción del trabajo de parto para evitar macrosomía<sup>7</sup>, sin embargo, de acuerdo con la opinión médica de este Organismo Constitucional, numerosos estudios científicos realizados por el *“American College of Obstetricians and Gynecologists”* concluyeron que la inducción electiva del trabajo de parto o cesárea electiva en todas las mujeres con sospecha de feto macrosómico son **inapropiados**, debido al aumento del riesgo de complicaciones maternas graves por los riesgos de alteraciones patológicas neonatales adversas apreciables. En el presente caso, AR1 diagnosticó a V1 con un embarazo de 38 semanas con 5 días, es decir, una edad gestacional menor a 39 semanas, aumentando con lo anterior el riesgo de alteraciones patológicas neonatales como la sepsis neonatal temprana que presentó V3; aunado a que V1 presentaba un cuello uterino desfavorable a su ingreso, por lo que AR1 no describió la valoración de la estructura pélvica de V1 para determinar su capacidad, por lo que no se

---

<sup>6</sup> Disparidad entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis materna.

<sup>7</sup> Se define como el peso del producto al nacimiento igual o superior a 4,500 gramos; otros autores emplean el percentil 90 del peso fetal para la edad gestacional para considerar macrosomía y también al producto con peso neonatal mayor a 4 Kg, que se asocia a un mayor riesgo relativo de morbilidad materna y neonatal, influyendo notablemente la cesárea con una relación 2:1 de los partos eutócicos.

allegó de las evaluaciones necesarias para valorar si existía o no alguna contraindicación como la desproporción cefalopélvica para realizar la inducción del trabajo de parto de la paciente, por ello existían altas posibilidades de fracaso del procedimiento<sup>8</sup>. Por lo tanto, AR1 no tomó en cuenta el riesgo, exponiendo al binomio materno-fetal.

**32.** La Comisión Nacional considera importante recalcar que, si bien es cierto V1, en ejercicio de su derecho al consentimiento el 11 de agosto de 2015 expresó que: *“...En forma voluntaria y sin ninguna presión, consiento, me realicen y controlen la INDUCCION MEDICA DEL PARTO...”*, lo es también que en casos estrictamente excepcionales dicho derecho puede tener limitaciones legítimas y proporcionales. En ese sentido, AR1 al ser un experto en Ginecología y Obstetricia debió valorar el alto riesgo que representaba para V1 el inducir el parto, y decidir como médico tratante el procedimiento que mejor garantizara el derecho a la vida y a la protección de la salud de V1, por lo que, al encontrarse en posición de especial garante, AR1 debió descartar la posibilidad de la inducción del parto e indicar la cesárea como un acto quirúrgico de urgencia<sup>9</sup>.

**33.** A las 13:00 horas del 11 de agosto de 2015, AR1 determinó la evolución de V1 al segundo periodo del trabajo de parto (expulsión), naciendo V3 con distocia de

---

<sup>8</sup> La Guía de Práctica Clínica de Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención, describe que si se considera inducir el trabajo de parto debe abordarse y documentarse lo siguiente: a) indicación de la inducción, b) si existe alguna contraindicación, c) edad gestacional, d) cérvix favorable, e) presentación fetal, f) desproporción cefalopélvica, g) bienestar fetal, y g) estado de las membranas.

<sup>9</sup> Incluso, la hoja de consentimiento informado hace referencia a que la inducción del parto es *“ampliamente utilizada y sus riesgos no son elevados”*, lo que indica que V1 no estaba plenamente informada sobre los altos riesgos que representaba la citada inducción, habida cuenta de los factores de riesgos ya señalados que hacían previsible el fracaso y alto riesgo de la misma.

hombros<sup>10</sup> (parto difícil), razón por la cual AR1 realizó adecuadamente la maniobra de *McRoberts*<sup>11</sup> y aplicó oxitocina a V1, obteniendo placenta íntegra. A las 14:50 horas, AR1 describió que V1 presentaba sangrado posparto por atonía uterina<sup>12</sup>, la cual fue consecuencia de la inducción del trabajo de parto, por lo que inició masaje uterino, administrando 20 Unidades de oxitocina en 1000 centímetros cúbicos de solución Hartmann (solución isotónica) y la aplicación de una ampolla de ergonovina intramuscular (medicamento).

**34.** Sin embargo, V1 continuaba con el sangrado, por lo que ante tal circunstancia, si bien es cierto AR1 a las 14:50 horas realizó estudios de laboratorio y tomó muestra sanguínea enviándolas al banco de sangre, también lo es que ante la situación de extrema gravedad y urgencia en la que se encontraba V1 por presentar hemorragia obstétrica grado IV, **no indicó la transfusión inmediata de sangre O Rh negativo (donante universal)**, lo que puso en riesgo a V1 de falla multiorgánica<sup>13</sup>.

**35.** La primera transfusión de concentrado eritrocitario (de dos en total) fue hasta las 16:37 horas del mismo 11 de agosto de 2015, es decir, por aproximadamente **dos horas** la paciente estuvo sin reposición de volemia (sangre), desarrollando

---

<sup>10</sup> Se caracteriza por un avance lento anormal del trabajo de parto; la frecuencia de parto vaginal traumático en caso de feto macrosómico es de 6 a 23.6%; siendo la mayor parte de los traumatismos fetales la distocia del hombro, estos lactantes están en riesgo de morir, experimentar fracturas (como en el caso particular) y lesiones nerviosas durante el parto. El riesgo materno principal por la distocia de hombro es la hemorragia posparto, por lo general por atonía uterina, pero también por laceraciones vaginales y del cuello uterino.

<sup>11</sup> Consiste en retirar las piernas de la madre de los estribos y flexionarlas de manera aguda hacia el abdomen; aunque ello no aumenta las dimensiones pélvicas, la rotación cefálica del segmento tiende a liberar el hombro anterior impactado.

<sup>12</sup> Disminución o ausencia del tono de la musculatura del útero.

<sup>13</sup> Inadecuado funcionamiento de órganos vitales.

una falla multiorgánica en V1, que le provocó una disminución súbita de la circulación de la sangre (choque hipovolémico<sup>14</sup>).

**36.** A las 17:00 horas del mismo día, AR1 inició una transfusión de un plasma fresco congelado a V1, quedando registrado dicho procedimiento a las 18:00 horas por personal de enfermería, en total se transfundieron hasta ese momento dos concentrados eritrocitarios y un plasma fresco congelado a V1. A las 18:50 horas a V1 le fue colocado un catéter venoso central ya que se encontraba hipotensa<sup>15</sup>. Posteriormente, a las 19:30 horas, V1 presentó signos de *coagulopatía de consumo*<sup>16</sup>, cuestión que de acuerdo con la opinión médica de esta Comisión Nacional, fue derivada de la **inadecuada** reposición de volumen sanguíneo (transfusión de paquetes globulares), secundaria a la hemorragia obstétrica grado IV, la cual fue producida por la atonía uterina originada por la inducción electiva de trabajo de parto, indicada por AR1, omisiones que en su conjunto derivaron en la pérdida de la vida de V1.

**37.** Del análisis del expediente, esta Comisión Nacional constató que en el reporte de resultados de laboratorio clínico de V1, se determinó como fecha y hora de defunción el 12 de agosto de 2015 a las 00:04 (siendo que V1 ingreso ese mismo día a las 07:00 horas), es decir, durante 17 horas sólo se le realizó un estudio de laboratorio clínico, cuando la paciente cursaba un cuadro de hemorragia obstétrica grado IV y un alto riesgo de coagulopatía; sobre ello la bibliografía médica describe

---

<sup>14</sup> El choque hipovolémico, se define como el resultado de un decremento de la precarga causado por la disminución en el volumen vascular y con ello la caída del gasto cardíaco, que al disminuir aparece hipoperfusión periférica; cuando la inadecuada perfusión no es reconocida y tratada oportunamente, se puede desarrollar hipoxia tisular crítica, resultando una cascada de eventos que coinciden en la falla multiorgánica y la muerte.

<sup>15</sup> Disminución de la presión arterial.

<sup>16</sup> Es un síndrome que puede iniciarse por una gran cantidad de trastornos médicos, quirúrgicos y obstétricos y se define como una condición en la cual se altera la capacidad de la sangre para coagularse.

que se deben realizar estudios seriados cada 30 a 60 minutos. AR1, **inadecuadamente** sólo realizó un estudio de laboratorio a V1 durante su estancia hospitalaria (17 horas), mismo que estaba incompleto para diagnosticar coagulación intravascular diseminada, por lo que de conformidad con la opinión médica de este Organismo Nacional, para realizar un análisis integral derivado del estado crítico de V1, se debió solicitar: **i)** Hemograma (hemoglobina, hematocrito, plaquetas, **ii)** hemostasia (TP, TTPa, fibrinógeno de Clauss, dímero D), **iii)** Ionograma (sodio, potasio, calcio, magnesio, cloro) y **iv)** Gasometría (pH, exceso de bases, lactato).

**38.** De igual forma, cabe resaltar que antes del procedimiento de empaquetamiento pélvico tipo Mikculicz<sup>17</sup>, a V1 sólo se le habían transfundido dos paquetes globulares y una plasma fresco congelado, es decir, no se le administraron crioprecipitados ni concentrados plaquetarios, como lo requería antes de entrar a procedimiento quirúrgico derivado de la coagulación intravascular diseminada que presentaba, lo que complicó aún más el estado hemodinámico de V1.

**39.** A las 21:30 horas, AR1 al valorar a V1 la describió hemodinámicamente inestable, reacomodando empaquetamiento vaginal y haciendo presión directamente con la mano para mantener presión en el empaquetamiento. A las 22:30 horas, a pesar del empaquetamiento vaginal a presión, V1 continuaba con sangrado escaso pero continuo, por lo que se indicó *poligelina* 500 mililitros en carga y continuar transfusión de paquetes globulares. Posteriormente, V1 inició con bricardia, y presentó paro cardiaco a las 23:34 horas, declarando su muerte clínica a las 00:04 horas del día 12 de agosto de 2015, con los siguientes diagnósticos: *“Choque hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, hemorragia postparto y atonía uterina”*.

---

<sup>17</sup> Aplicación de compresas quirúrgicas en el hueco pélvico.

**40.** En cuanto a la atención médica otorgada a V3, fue valorada por el Servicio de Ortopedia, quienes indicaron tratamiento conservador con inmovilización del miembro superior derecho (flexión 90 grados), por la fractura total de clavícula derecha alineada a nivel de su tercio medio. Asimismo, derivada de la indicación de inducción electiva del trabajo de parto a indicada por AR1 a V1, V3 presentó un diagnóstico de sepsis neonatal temprana, por lo que fue indicado un doble esquema de antibiótico (ampicilina y amikacina), por ser una patología de etiología fundamentalmente bacteriana, hasta su alta médica.

**41.** Por las razones expuestas, esta Comisión Nacional considera que esta serie de actos y omisiones relacionados entre sí, impidieron garantizar con efectividad el derecho a la protección de la salud, que trascendió a la pérdida de la vida de V1.

**42.** Por tanto, AR1 es responsable por la vulneración al derecho a la protección de la salud de V1, contenido en los artículos, I y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los 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), el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), y por contravenir lo previsto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 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; 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

## 2. Derecho a la vida.

43. Este Organismo Constitucional recuerda 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>18</sup>. Los DESC funcionan como derechos “puente” de los derechos individuales con el mismo nivel de justiciabilidad; por tanto, el incumplimiento 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>19</sup>. Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que “[...] los Estados son responsables de regular y fiscalizar con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, de tal manera que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamiento de salud<sup>20</sup>.”

44. El derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud, tienen una profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana<sup>21</sup>. La protección del derecho a la vida de las mujeres en el ámbito de la salud materna, implica la obligación de todas las autoridades de

---

<sup>18</sup> La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado reiteradamente 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 razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.

<sup>19</sup> CNDH. Recomendación 18/2016. 29 de abril de 2016, párr. 106.

<sup>20</sup> Corte IDH. *Caso González Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1º de septiembre de 2015, párr. 177.

<sup>21</sup> Corte IDH. *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas. 22 de noviembre de 2007, párr. 117.

garantizar que las mujeres disfruten del derecho al más alto nivel posible de salud<sup>22</sup>.

**45.** Por las omisiones ya descritas, AR1 no garantizó la vida de V1 en el ámbito de la protección de la salud materna, ya que la inadecuada atención médica que se ha descrito en la presente Recomendación, trascendió a la pérdida de la vida de V1, por lo cual este Organismo Constitucional considera que es responsable por la vulneración del derecho a la vida contenido en los artículos 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

### **3. Derecho de acceso a la justicia en la modalidad de inadecuada procuración de justicia, en relación con V2.**

**46.** El acceso a la justicia es un derecho fundamental que reconoce el artículo 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por el cual las personas pueden *“acudir y promover ante las instituciones del estado competentes, la protección de la justicia a través de procesos que le permitan obtener una decisión en la que se resuelva de manera efectiva sobre sus pretensiones o derechos que estime le fueron violentados, en los plazos y términos que fijen las leyes, emitiendo sus resoluciones de manera pronta, completa, imparcial y gratuita”*<sup>23</sup>.

**47.** Este derecho también se encuentra reconocido en el artículo 8.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el cual prevé que *“toda*

---

<sup>22</sup> Al respecto existen cuatro obligaciones mínimas para todas las autoridades sobre el derecho a la protección de la salud; a saber: 1) disponibilidad, 2) accesibilidad, 3) aceptabilidad y 4) calidad.

<sup>23</sup> CNDH. Recomendación 64/2016. 16 de septiembre de 2016, párr. 34.

*persona tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente para la determinación de sus derechos y obligaciones”.*

**48.** Sobre esta cuestión, la Corte Interamericana ha sostenido que *“las garantías del artículo 8.1 de la Convención no se aplican solamente a la actividad judicial. En particular, en relación con las investigaciones llevadas a cabo por los **órganos ministeriales**, [...] ha establecido que, dependiendo de las circunstancias del caso, puede tener que analizar los procedimientos que se vinculan y constituyen el presupuesto de un proceso judicial, particularmente, las tareas de investigación de cuyo resultado depende el inicio y el avance del mismo”*<sup>24</sup>.

**49.** La obligación de investigar es un deber que: *“involucra a toda institución estatal, tanto judicial como no judicial, por lo que la debida diligencia se extiende también a los órganos no judiciales a los que corresponda la investigación previa al proceso, realizada para determinar las circunstancias de una muerte y la existencia de suficientes indicios para interponer una acción penal”*<sup>25</sup>.

**50.** Asimismo, el derecho de acceso a la justicia *“no se agota con el trámite de procesos internos, sino que éste debe además asegurar, en tiempo razonable, el derecho de las presuntas víctimas o sus familiares a que se haga todo lo necesario para conocer la verdad de lo sucedido y para que se sancione a los eventuales responsables”*<sup>26</sup>.

---

<sup>24</sup> Corte IDH. *Caso Ibsen Cárdenas e Ibsen Peña Vs. Bolivia. Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 1° de septiembre de 2010. Serie C No. 217, Párrafo 165.

<sup>25</sup> Corte IDH. *Caso Hermanos Landaeta Mejías y otros vs Venezuela. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 28 de agosto de 2014, párr. 217.

<sup>26</sup> *Cfr. Caso de los 19 Comerciantes Vs. Colombia. Excepción Preliminar.* Sentencia de 12 de junio de 2002, párr. 188, y *Caso Osorio Rivera y Familiares Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 26 de noviembre de 2013, párr. 200.

**51.** En el presente caso, la Comisión Nacional constató que el 29 de septiembre de 2015, la Procuraduría General de Justicia Militar inició la AP1, misma que por razones de competencia, remitió a la Delegación de la PGR en Tamaulipas, el 22 de octubre de 2015, instancia que dictó acuerdo de inicio el 27 de noviembre de 2015 en la AP2. En ese sentido, el 15 de diciembre de 2016, esto es, casi 13 meses después, AR2 sometió la citada AP2 a su superior, para la autorización de la consulta de reserva. Posteriormente, el 28 de diciembre de 2016, la consulta de reserva de la AP2 fue autorizada.

**52.** Visitadores Adjuntos de esta Comisión Nacional revisaron el contenido de la AP2, y advirtieron lo siguiente: **1)** de la fecha en que la Delegación de la PGR dictó acuerdo de inicio (27 de noviembre de 2015), al día en que se solicitó por parte de AR2 la reserva de la AP2 (15 de diciembre de 2016), transcurrieron casi 13 meses, sin que se haya realizado alguna diligencia para la investigación de los hechos; y **2)** de la fecha en que se autorizó la reserva de la AP2 (28 de diciembre de 2016)<sup>27</sup>, al momento en que se realizó la primera diligencia de importancia dentro de la averiguación (Comparecencia de 21 de junio de 2017, por parte de AR1), transcurrieron casi 6 meses; lo que tuvo como resultado que desde la fecha de acuerdo de inicio de la AP2, al momento de la primera diligencia realizada, transcurrieron casi 19 meses.

**53.** Posterior al 21 de junio de 2017, en el contexto de la investigación realizada por este Organismo Nacional, AR2 informó la realización de diligencias

---

<sup>27</sup> Incluso, de la propia resolución de autorización de la reserva, la PGR reconoció que: “se encuentran pendiente de desahogo de las diligencias en ratificación del escrito de denuncia presentado por [V2]; declaración ministerial de [AR1]; solicitar el expediente médico de la persona que llevara el nombre de [V1]; al Director del Hospital Militar; dictamen de la CONAMED; así como las demás diligencias que de las anteriores se deriven”.

adicionales, a saber: **a)** Comparecencia del 3 de julio de 2017 de AR1, donde se hizo constar que exhibió su declaración ministerial por escrito; **b)** Solicitud de 3 de julio de 2017, del EIA, iniciado en el Órgano Interno de Control en la SEDENA; **c)** Solicitud de 3 de julio de 2017, respecto de la atención médica que se brindó a V1; y **d)** Solicitud de 3 de julio de 2017, dirigida a la SEDENA para que por su conducto, se cite a comparecer a V2, para la práctica de una diligencia de carácter ministerial.

**54.** Es importante señalar que para esta Comisión Nacional los agentes del Ministerio público, a fin de garantizar una adecuada procuración de justicia, deben cumplir en el desarrollo de su labor con las diligencias mínimas para: a) evitar la dilación en el trámite de la averiguación previa, de tal manera que no existan omisiones en la práctica de diligencias por periodos prolongados, b) garantizar el desahogo de las diligencias de investigaciones necesarias para acreditar el delito y la probable responsabilidad del sujeto, c) preservar los indicios del delito a fin de asegurar que las líneas de investigación puedan agotarse, d) propiciar el desahogo de los análisis y dictámenes periciales, e) dictar las medidas de auxilio y protección a las víctimas del delito y a los testigos, f) garantizar el acceso a la justicia a las víctimas del delito mediante la eliminación de la práctica de elaborar actas circunstanciadas en lugar de averiguaciones previas, g) evitar enviar al archivo o a la reserva las averiguaciones previas si no se han agotado las líneas de investigación y h) propiciar una mayor elaboración de investigación por parte de los elementos de la policía que tengan a su cargo dicha función<sup>28</sup>.

**55.** Asimismo, esta Comisión Nacional recuerda que las autoridades ministeriales se encuentran en la obligación de instar de manera *ex officio*<sup>29</sup>, una investigación

---

<sup>28</sup> CNDH. Recomendación General 16 “sobre el plazo para resolver una averiguación previa”. 21 de mayo de 2009, p. 7.

<sup>29</sup> Corte IDH. *Caso Radilla Pacheco vs. Estados Unidos Mexicanos*, párrafo 233.

seria, imparcial y efectiva<sup>30</sup>, sin que la actividad dependa de la iniciativa procesal de la víctima o de sus familiares o de la aportación privada de elementos probatorios.

**56.** De igual forma, para que la investigación se conduzca con la debida diligencia y como un deber jurídico propio, el derecho de acceso a la justicia requiere que se haga efectiva la determinación de los hechos que se investigan en tiempo razonable<sup>31</sup>, lo cual en el presente caso, al constatarse que desde la fecha de acuerdo de inicio de la AP2, al momento de la primera diligencia realizada, transcurrieron casi 19 meses, representó un lapso de inactividad injustificado.

**57.** Por ello, esta Comisión Nacional considera que una demora prolongada, como la que se ha dado en este caso constituye en principio, por sí misma, una violación al derecho de acceso a la justicia, máxime que en la actualidad el caso se encuentra en una etapa preparatoria o de investigación, y tomando en cuenta que *“a ese tiempo deberá sumarse aquel que tome la individualización e identificación de los responsables y el trámite del proceso penal con sus distintas etapas, hasta la obtención de una sentencia firme”*<sup>32</sup>.

**58.** En vista de lo expuesto, este Organismo Constitucional considera que AR2 no realizó las diligencias mínimas indispensables para llevar a cabo una investigación con debida diligencia, aunado a que contravino la razonabilidad del plazo para ello; por lo que esta Comisión Nacional considera que AR2, es responsable por la vulneración al derecho de acceso a la justicia en la modalidad de inadecuada

---

<sup>30</sup> Corte IDH. *Caso González y otras (“Campo Algodonero”) vs México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párr. 290.

<sup>31</sup> Corte IDH. *Caso Veliz Franco y otros vs Guatemala. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 19 de mayo de 2014, párr. 217.

<sup>32</sup> Corte IDH. *Caso García y familiares vs Guatemala. Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 29 de noviembre de 2012, párr. 153.

procuración de justicia en agravio de V2, contraviniendo, los artículos 1° y 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 8° y 25 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

**59.** De igual forma, se incumplió con lo previsto en el artículo 62, fracciones I, VI, XI y XII de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, relativos a las causas de responsabilidad de los agentes del Ministerio Público de la Federación que indican: *“No cumplir, retrasar o perjudicar por negligencia la debida actuación del Ministerio Público de la Federación”, “Omitir la práctica de las diligencias necesarias en cada asunto”, “Incumplir cualquiera de las obligaciones a que se refieren los artículos 63 y 64” y “Las demás que establezcan otras disposiciones aplicables”,* correlacionado con el diverso 63, párrafo inicial del referido ordenamiento legal que indica: *“son obligaciones de los agentes del Ministerio Público de la Federación (...) para salvaguardar la certeza, legalidad, objetividad, imparcialidad, eficiencia, profesionalismo, honradez, lealtad, disciplina y respeto los derechos humanos en el desempeño de sus funciones (...)”* fracción I. *“Conducirse siempre con apego al orden jurídico y respeto a los derechos humanos”.*

### **3. Responsabilidad.**

**60.** Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1 y AR2 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las acciones y omisiones ya descritas en la presente Recomendación, mismas que configuraron violaciones a los derechos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1; del acceso a la justicia en agravio de V2, consecuentemente, este Organismo Constitucional considera que existen evidencias suficientes para concluir que AR1 y AR2 incumplieron sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, y eficiencia como servidores públicos, previstas en el artículo 8,

fracciones I y XXIV de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, y 62, fracciones I, VI, XI y XII, y 63 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República .

#### **4. Reparación integral del daño.**

**61.** De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero 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 de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley. Para tal efecto, en términos de los artículos 1º, 4º y 27, fracciones II, III, IV y V de la Ley General de Víctimas, se deberá reparar el daño a V2, V3 y V4, por las violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio y que han quedado precisadas en la presente Recomendación.

**62.** Asimismo, de acuerdo con el artículo 4º de la Ley General de Víctimas en el presente caso, V3 y V4 adquieren la calidad de víctimas indirectas, por tener una relación inmediata con V1 y V2. Al respecto, este Organismo Nacional destaca el íntimo vínculo familiar que existió entre V1 y V2 como concubinos; y V3 y V4 en cuanto hijos de V1, propicia que sean susceptibles de 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 deberá ser considerado para efectos de la

determinación de la reparación integral del daño, así como la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas.

**a) Medidas de rehabilitación.**

**63.** Se deberá proporcionar atención psicológica y tanatológica, con oportunidad, calidad y calidez, para V2 y V4, si así lo requieren, en algún centro de atención médica y en razón de la naturaleza del trabajo de V2, de acuerdo con los artículos 18 fracción XVI y 136 de la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, se garantice el acceso a V3 y V4 a alguno de los centros de bienestar infantil con que cuenta la SEDENA.

**64.** 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.

**b) Medidas de satisfacción.**

**65.** En virtud de que el Área de Quejas del Órgano Interno de Control en la SEDENA determinó el archivo del expediente administrativo de investigación iniciado con motivo de los hechos, sin haber dado inicio al procedimiento administrativo de responsabilidad previsto en el artículo 21 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, esta Comisión Nacional presentará queja ante el citado Órgano de Control, a efecto de que se inicie el procedimiento administrativo de responsabilidad en contra de AR1, por las razones anotadas en la presente Recomendación.

**66.** De igual forma, se deberá colaborar ampliamente con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja administrativa que se presente ante

la Visitaduría General de la PGR, en contra de AR2, y de quien resulte responsable por las omisiones referidas en la presente Recomendación.

**67.** Asimismo, se giren las instrucciones necesarias, a efecto de que se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal de AR1 y AR2, para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron.

**c) Garantías de no repetición.**

**68.** 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 el Hospital Militar un curso de capacitación en materia del derecho la protección de la salud materna y a la vida.

**69.** También, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital Militar en la que se exhorte al personal médico, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que se acredite tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

**70.** En relación con la PGR, se giren las instrucciones necesarias para que se supervisen las determinaciones de reserva, y estas se dicten una vez que se hayan practicado las diligencias conducentes para acreditar, en su caso, el cuerpo del delito y la probable responsabilidad.

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

**71.** Al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la vida y a la protección de la salud de V1, la SEDENA deberá indemnizar a V2, V3 y V4.

**72.** A fin de cuantificar el monto de la indemnización, deberán atenderse los siguientes parámetros: Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos como las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.

**73.** Asimismo, se deberán tomar en consideración los siguientes elementos para indemnizar: 1) Derechos violados, 2) Temporalidad, 3) Impacto Bio-psicosocial (deberán identificarse mínimamente, los siguientes impactos en las víctimas: en su estado psicoemocional; en su privacidad e integridad psicofísica; en su esfera familiar, social y cultural; en su esfera laboral y profesional; en su situación económica; y en su proyecto de vida), y 4) Consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad (se sugiere la atención para dictar una reparación reforzada en los casos donde las víctimas sean: mujeres, personas indígenas, niños y niñas y personas en situación de pobreza).

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular a usted, las siguientes:

## **V. RECOMENDACIONES.**

**A usted, señor Secretario de la Defensa Nacional:**

**PRIMERA.** Se tomen las medidas para reparar el daño a V2, V3 y V4, conforme a la Ley General de Víctimas, que incluyan una indemnización o compensación, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal del Hospital Militar, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Otorgue atención psicológica y tanatológica, con oportunidad, calidad y calidez, para V2 y V4, si así lo requieren, en algún centro de atención médica y en razón de la naturaleza del trabajo de V2, se garantice el acceso a V3 y V4 a alguno de los centros de bienestar infantil con que cuenta la SEDENA, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**TERCERA.** Se diseñe e imparta en el Hospital Militar un curso de capacitación en materia del derecho a la protección de la salud materna y a la vida, y se envíen las constancias que acrediten su cumplimiento.

**CUARTA.** Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital Militar en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que se acredite tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

**QUINTA.** Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento que esta Comisión Nacional haga de la queja ante el Órgano Interno

de Control en la SEDENA en contra de AR1, a efecto de que se inicie el procedimiento administrativo de responsabilidad correspondiente, por los hechos precisados en la presente Recomendación, debiendo remitir las constancias que le sean solicitadas.

**SEXTA.** Se giren las instrucciones necesarias, a efecto de que se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente personal de AR1, para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participó, y se envíen las constancias que acrediten su cumplimiento.

**SEPTIMA.** En colaboración con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se proceda a inscribir a V2, V3 y V4, en el Registro Nacional de Víctimas para 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 la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

**OCTAVA.** Se designe al o la servidora pública 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.

**A usted, señor Procurador General de la República:**

**PRIMERA.** Se giren las instrucciones necesarias para que en la AP2, se practiquen las diligencias necesarias y pueda determinarse con debida diligencia y en un plazo razonable, y se envíen las constancias que acrediten su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Colabore ampliamente con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja administrativa que se presente ante la Visitaduría General, en contra de AR2, y quien resulte responsable por las omisiones

precisadas en la presente Recomendación, y se envíen las constancias que acrediten su cumplimiento.

**TERCERA.** Se giren las instrucciones necesarias, a efecto de que se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente personal de AR2, para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participó, y se envíen las constancias que acrediten su cumplimiento.

**CUARTA.** Se giren las instrucciones necesarias para que se supervisen las determinaciones de reserva, y estas se dicten una vez que se hayan practicado las diligencias conducentes para, en su caso, acreditar el cuerpo del delito, y la respectiva probable responsabilidad, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

**QUINTA.** Se designe al o la servidora pública 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 cualquier otra autoridad competente 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 al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, requiera su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

**EL PRESIDENTE**

**LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ**