

RECOMENDACIÓN 98/1996

Datos Confidenciales	Área	Fecha de Clasificación	Clasificación	Fundamento Legal	Periodo de Clasificación	Página
<p>NOMBRE O SEUDÓNIMO, FIRMAS Y RÚBRICAS, PARENTESCO, VÍNCULO SOCIAL DE COMPADRAZGO, HUELLAS DACTILARES, SEXO, EDAD, FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO, DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN ACTAS DE NACIMIENTO Y DEFUNCIÓN, NACIONALIDAD, ESTADO CIVIL, NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL, REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (RFC), CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP), DIAGNÓSTICO MÉDICO, NÚMERO DE EXPEDIENTE CLÍNICO, CONDICIÓN DE SALUD, DATOS FÍSICOS Y/O FISIONÓMICOS, DICTÁMENES MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS, EVALUACIONES Y OPINIONES MÉDICO PSICOLÓGICAS, MECÁNICA DE LESIONES, NOTAS MÉDICAS, ESTUDIO DE PERSONALIDAD, EXPEDIENTES E HISTORIAS CLÍNICAS, REPORTES DE ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA, CERTIFICADOS DE ESTADO FÍSICO, INFORMES MÉDICOS DE RIESGOS DE TRABAJO, ANÁLISIS DE LESIONES, ESTUDIO FISIOLÓGICO PARA INGRESO AL CEFERESO, DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN LA CREDENCIAL DE ELECTOR, CLAVE DE ELECTOR, NÚMERO OCR, IMÁGENES FOTOGRÁFICAS DE PERSONAS FÍSICAS, CREENCIAS RELIGIOSAS, ORIGEN RACIAL O ÉTNICO, MEDIA FILIACIÓN, FOTOGRAFÍA, TIPO DE SANGRE, ESTATURA Y PESO, IDEOLOGÍA POLÍTICA, REFERENCIAS LABORALES, OCUPACIÓN, ESCOLARIDAD, NARRACIÓN DE HECHOS, DOMICILIO, DOMICILIOS EN LOS QUE SE ADVIERTA LA FACHADA, CASAS VECINAS E INTERIOR DE INMUEBLES, NÚMEROS TELEFÓNICOS Y CORREOS ELECTRÓNICOS DE TERCEROS, PERSONAS QUEJOSAS Y/O AGRAVIADAS, ASÍ COMO NOMBRES, FIRMAS, CARGOS, ADSCRIPCIONES DE PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS A QUIENES SE REALIZAN IMPUTACIONES SIN QUE EXISTAN CONSTANCIAS QUE ACREDITEN DE MANERA DEFINITIVA SU RESPONSABILIDAD RESPECTO A LAS MISMAS, SITUACIÓN JURÍDICA DE UNA PERSONA, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DE PERSONA MORAL, DATOS CONTENIDOS EN LA CÉDULA PROFESIONAL, DATOS CONTENIDOS EN EL TÍTULO PROFESIONAL, DATOS DE VEHÍCULOS DE PARTICULARES (NÚMERO DE PLACAS, NÚMERO DE SERIE, NÚMERO DE MOTOR, MODELO, MARCA, ETC.), NÚMEROS DE CUENTAS BANCARIAS Y DE TARJETAS DE CRÉDITO, CLAVE DE TRABAJO, NÚMERO DE EMPLEADO Y/O NÚMERO DE NOMBRAMIENTO, CAPITAL SOCIAL, DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS, DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN LA LICENCIA DE CONDUCIR, MEDIDAS Y COLINDANCIA DE PARCELAS, DATOS PERSONALES CONTENIDOS EN EL PASAPORTE, NÚMERO DE VUELO O CÓDIGO DE RESERVA, NOMBRE DE PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS A QUIENES SE REALIZAN IMPUTACIONES SIN QUE EXISTAN CONSTANCIAS QUE ACREDITEN DE MANERA DEFINITIVA SU RESPONSABILIDAD, NOMBRE DE PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS ENCARGADAS DE LA ADMINISTRACIÓN Y PROCURACIÓN DE JUSTICIA Y/O ENCARGADAS DE REALIZAR LABORES DE SEGURIDAD PÚBLICA Y/O NACIONAL, NOMBRE DE AUTORIDADES RESPONSABLES, ESCRITURA PÚBLICA, NÚMERO DE CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL, CLAVE DE INCORPORACIÓN A INSTITUCIÓN EDUCATIVA, REFERENCIA A MEDIOS DE INFORMACIÓN, NOTAS PERIODÍSTICAS Y ENCABEZADOS DE LAS NOTAS PERIODÍSTICAS RELACIONADOS CON LOS CASOS (SOLO SI SE VINCULAN DIRECTAMENTE CON LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS), NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONA PRIVADA DE DA LIBERTAD (CEFERESOS), UBICACIÓN O MÓDULO O ESTANCIA O DORMITORIO QUE OCUPAN LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN CENTROS PENITENCIARIOSMATRÍCULA O NÚMERO DE SERIE DE ARMA DE FUEGO Y FECHA DE INGRESO A LOS CENTROS FEDERALES DE READAPTACIÓN SOCIAL (CEFERESOS) O A INSTITUCIONES DE RECLUSIÓN O DE INTERNAMIENTO PARA ADOLESCENTES.</p>	<p>Primera Visitaduría General</p>	<p>07 de julio y 08 de agosto de 2023, mediante acuerdos de la Décima y Décimo Novena Sesiones Extraordinarias del Comité de Transparencia</p>	<p>CONFIDENCIAL</p>	<p>Artículo 113, Fracción I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en virtud de tratarse de información que contiene datos personales concernientes a personas identificadas o identificables.</p>	<p>INDEFINIDO, en consideración al criterio directivo previsto en el Lineamiento Trigésimo Octavo de los Lineamiento Generales para la Clasificación y Desclasificación de la Información, hasta en tanto las personas facultadas para ello, otorguen el consentimiento expreso al que hace referencia el artículo 117 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.</p>	<p>1-26</p>



SÍNTESIS: La Recomendación 98/96, del 31 de octubre de 1996, se envió al Secretario de Salud, y se refirió al caso de la [REDACTED]

Los [REDACTED] presentaron inicialmente sus escritos de queja ante la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California, mediante los cuales denunciaron la [REDACTED]

La Comisión Nacional de Derechos Humanos acreditó que el producto que, el 7 de junio de 1996, dio a luz la señora [REDACTED] fue un óbito (muerte fetal que ocurre en el periodo comprendido entre la semana 20 del embarazo y la terminación del mismo con el parto).

Asimismo, se comprobó que el óbito de referencia desapareció indebidamente del Hospital General de Mexicali, Baja California, toda vez que el personal del mismo cometió diversas irregularidades en el servicio de prestación de salud, y no preservó, como la ley señala, al cadáver en cuestión. Esa desaparición del cuerpo del menor implicó un ejercicio indebido del servicio público.

Se recomendó iniciar y determinar conforme a Derecho el procedimiento administrativo de investigación en contra del Director del Hospital General de Mexicali, Baja California, del asistente del Director de ese nosocomio en el turno de sábado, domingo y días festivos y de la jefa del área de patología, por las irregularidades en que incurrieron, y que se encuentran precisadas en detalle en el capítulo de Observaciones de la presente Recomendación.

Asimismo, se recomendó corregir de inmediato las deficiencias e irregularidades que quedaron señaladas en la parte relativa del capítulo de Observaciones de la presente Recomendación, debiéndose dotar de personal médico, administrativo y de vigilancia suficiente e idóneo al área de patología del Hospital General mencionado, a efecto de cumplir cabalmente las disposiciones de la Ley General de Salud.

Recomendación 098/1996

México, D.F., 31 de octubre de 1996

Caso de la señora [REDACTED]

Dr. Juan Ramón de la Fuente Ramírez,

Secretario de Salud,

Ciudad

Distinguido Secretario:

La Comisión Nacional de Derechos Humanos, con fundamento en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en los artículos 10.; 6o., fracciones II y III; 15, fracción VII; 24, fracción IV; 44; 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/122/96/BC/4231, relacionados con el caso de la señora [REDACTED]

I. PRESENTACIÓN DE LA QUEJA

La Comisión Nacional de Derechos Humanos recibió, el 20 de junio de 1996, los escritos de queja presentados inicialmente ante la Procuraduría de los derechos humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California los días 11 y 12 del mes y año citados, por los señores [REDACTED] mediante los cuales denunciaron presuntas violaciones a Derechos Humanos cometidas en agravio de esta última, por personal del Hospital General de Mexicali, Baja California, y que consisten en la desaparición del producto que la agraviada dio a luz el 7 de junio de 1996 en ese hospital.

II. COMPETENCIA DE LA COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

Este Organismo Nacional es competente para conocer del presente asunto, en términos de lo dispuesto por los artículos 25 y 26 de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, así como en los artículos 16, 17 y 28 de su Reglamento Interno.

Los presentes hechos se encuentran contemplados en las hipótesis de los artículos referidos, en virtud de que en la queja escrita presentada por los [REDACTED] los días 11 y 12 de junio de 1996, ante la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California y recibida por la Comisión Nacional de Derechos Humanos el 20 del mes y año citados, se hacen imputaciones a servidores públicos federales, como lo es el personal del Hospital General de Mexicali, Baja California, por hechos que sucedieron en territorio nacional los días 7 y 8 de junio de 1996 y que son generadores de posibles responsabilidades administrativas por parte de los servidores públicos involucrados.

III. HECHOS

A. VERSIÓN DEL QUEJOSO

Los quejosos señalaron que, el 7 de junio de 1996, la señora [REDACTED] en la ciudad de Mexicali, Baja California, a fin de ser atendida de parto, pues contaba con la "aseguranza" del trabajo de su esposo, la cual le permitía recibir atención en ese hospital, donde el [REDACTED] al revisarla, le comentó que [REDACTED]; agregaron, que como ahí le manifestaron a la [REDACTED] que "no calificaba la aseguranza para el parto", la trasladaron al Hospital General de esa misma ciudad en una ambulancia del hospital y, al llegar una doctora revisó a la paciente y le manifestó

que [REDACTED] ya en la sala de parto dio a luz, pero la doctora que la atendió le manifestó que [REDACTED] y que no se lo mostraba porque "podía impresionarse"; no obstante, después de tres horas le informaron al [REDACTED] de la [REDACTED] que ésta y el producto "se encontraban bien".

Asimismo, indicaron que, aproximadamente a las 8:30 horas del día siguiente, el [REDACTED] de la señora [REDACTED] acudió al Hospital General de Mexicali, donde le informaron que el producto había muerto, pero al conducirlos la trabajadora social al lugar en el cual debía estar el cuerpo, no encontraron nada; en consecuencia, hablaron con el [REDACTED] de ese hospital, quien les comunicó que el [REDACTED] había desaparecido; por ello, dieron parte al agente del Ministerio Público.

B. VERSIÓN DE LA AUTORIDAD (SECRETARÍA DE SALUD)

Mediante oficio DAJ/263/96, del 8 de julio de 1996, firmado por el doctor Cipriano Aguilar Aguayo, jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Baja California, se informó a esta Comisión Nacional que, aproximadamente a las 17:00 horas del 7 de junio de 1996, la señora [REDACTED] y su [REDACTED], el señor [REDACTED] [REDACTED] e presentaron en el Hospital General de la ciudad de Mexicali, Baja California, a fin de que la primera recibiera atención médica en el parto que estaba próximo a producirse, quienes manifestaron que fueron enviados de la clínica particular [REDACTED], por carecer de los medios económicos para cubrir el costo de los servicios de ese centro hospitalario. La autoridad informante señaló que los quejosos presentaron un dictamen médico del [REDACTED], gineco-obstetra de la Clínica [REDACTED], en el cual se asentó que a la señora [REDACTED] le habían practicado un ultrasonido que reveló [REDACTED]

[REDACTED] razón por la cual se concluyó que el producto de la gestación [REDACTED] aproximadamente.

El [REDACTED] indicó que con la finalidad de corroborar el dictamen de la Clínica [REDACTED] la [REDACTED] del Hospital General de Mexicali examinó a la gestante con el aparato doppler, percatándose [REDACTED] [REDACTED] agregó que cuando la doctora le preguntó a la paciente si tenía conocimiento de que su bebé venía muerto, ésta le respondió que sí, pues hacía cuatro días que no sentía movimiento del producto en el vientre.

La autoridad informante aclaró que el parto ocurrió a las 19:16 horas del 7 de junio de 1996, con la atención de la [REDACTED] quienes recibieron un producto [REDACTED] [REDACTED] el cual no le mostraron a la paciente para evitar que se agravara por el choque emocional posparto, pues tras ser informada de que [REDACTED] [REDACTED]; por ello, procedieron a retirar el óbito de dicho lugar para amortajarle, en tanto que la doctora [REDACTED] [REDACTED] a de la paciente.

El doctor Cipriano Aguilar Aguayo manifestó que a las 2 1: 00 horas del mismo 7 de junio de 1996, el empleado administrativo [REDACTED] informó a los familiares de la señora [REDACTED] que "todo estaba bien", pues interpretó en forma errónea el dicho de la [REDACTED], quien solamente le comentó que del parto se obtuvo un producto del [REDACTED]; asimismo, señaló que una vez que la [REDACTED] amortajó el cuerpo del óbito, por corresponder cambio de turno en el personal, el cadáver fue trasladado por ésta y el [REDACTED] al departamento de patología, donde [REDACTED] retirándose ambos al desempeño de sus labores, siendo la supervisora [REDACTED] quien, a las 2:00 horas del sábado 8 de junio de 1996, observó "el envoltorio" por última vez.

La autoridad agregó que, a las 6:00 horas del 8 de junio de 1996, los familiares de la señora [REDACTED] acudieron al hospital, donde [REDACTED] les informó que había nacido un óbito fetal y que regresaran a las 8:00 horas para recibir el cadáver; a la hora citada se presentaron los familiares de la paciente con la señorita [REDACTED], trabajadora social en turno, quien al buscar el cadáver, se percató que éste ya no se encontraba en el sitio donde lo habían dejado la noche anterior, "procediendo entonces a buscar en todos los lugares donde presumiblemente se hubiera llevado el cuerpo amortajado, confundiéndolo con ropa" (sic); sin embargo, los resultados fueron negativos y por ello, a las 10:00 horas del mismo día, "se dio aviso de lo acontecido" al doctor Salvador Rivas Carrillo, Director del hospital, quien de inmediato reunió al personal involucrado en la atención del parto y ordenó una nueva investigación que abarcó la totalidad del edificio y los depósitos de basura, lavandería e incineradores, al tiempo que solicitó al doctor Eduardo Espinoza, subdirector médico de dicho nosocomio que informara al agente del Ministerio Público del Fuero Común acerca de estos hechos.

La autoridad finalizó informando que en la investigación realizada no se encontró indicio que pudiera señalar el probable destino del óbito, "así como tampoco la implicación de algún empleado", y que la vigilancia de los accesos al Hospital General en la noche del 7 de junio de 1996 era practicada únicamente por dos agentes de la Policía Municipal, quienes se dividían la custodia de la puerta principal y del área de urgencias, a la cual se permite el acceso a los familiares de los pacientes internados en estado de gravedad, "siendo por ello factible que una persona extraña pudiera circular en el interior del edificio, confundido con los familiares".

C. NARRATIVA SUMARIA

De las constancias que obran en el expediente CNDH/ 122/96/BC/4231, integrado por esta Comisión Nacional, se desprende lo siguiente:

a) Actuaciones de la Secretaría de Salud (Hospital General de Mexicali, Baja California)

i) A las 16:55 horas del 7 de junio de 1996, a fin de recibir atención médica en su parto, la [REDACTED] se presentó en el Hospital General de la ciudad de Mexicali, Baja California, donde fue revisada por el [REDACTED] quien diagnosticó [REDACTED]

de [REDACTED] (fcf), [REDACTED]. En la nota médica, [REDACTED]

En la misma fecha, los [REDACTED] anotaron en la nota médica de posparto a nombre de la señora [REDACTED] lo siguiente:

[REDACTED]

iii) Siendo las 22:30 horas del mismo 7 de junio de 1996 se asentó en nota médica que [REDACTED].

b) Actuaciones de la Procuraduría General de Justicia de Baja California. Averiguación Previa 4535/96

A las 12:15 horas del 8 de junio de 1996, la Agencia del Ministerio Público de la zona centro de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California recibió llamada telefónica del Hospital General de esa ciudad, mediante la cual se informó que:

habían trasladado a [REDACTED]

con [REDACTED] y fue trasladado a patología, en donde quedó para estudio. El día de hoy al buscarlo para estudio y entregarlo, no se encontró, es decir, no localizaron el producto (sic).

ii) El mismo 8 de junio de 1996, el [REDACTED], agente del Ministerio Público del Fuero Común en Mexicali, Baja California, inició la investigación 7044 y le dio intervención al comandante de la Policía Judicial del Estado para que tomara conocimiento e investigara los hechos denunciados.

iii) El 11 de junio de 1996, el [REDACTED], agente del Ministerio Público investigador en Mexicali, Baja California, inició la averiguación previa 4535/96, por los hechos antes citados, y la remitió a la Agencia del Ministerio Público Especializada en Delitos contra la Vida y la Salud, cuyo titular, [REDACTED] la recibió y radicó el mismo día con igual número de indagatoria, ordenando girar oficio al Director del Hospital General, a fin de solicitar el expediente clínico de la paciente [REDACTED]

iv) El 11 de junio de 1996, la señora [REDACTED] declaró ante el agente del Ministerio Público investigador que mediante pases médicos le llevaron el control de su segundo embarazo en la clínica del Seguro Social del poblado de Guadalupe Victoria, donde se presentó, el viernes 7 de junio de 1996, porque [REDACTED] allí, la doctora que la revisó le manifestó que le escuchaba el [REDACTED], pues posiblemente "[REDACTED]"; por ello, la envió a la Clínica 28 de la misma institución, pero como no consiguió "un pase del patrón" para ser atendida en esa clínica, optó por acudir al hospital privado [REDACTED] ya que su [REDACTED] trabaja en los Estados Unidos de América y tiene "aseguranza médica".

La compareciente agregó que en el citado hospital, primero un doctor la revisó con diversos aparatos, y después, la auscultó el [REDACTED], quien le dijo que no [REDACTED]; al respecto, ella le señaló que tenía tres días que el producto "[REDACTED]", razón por la cual le practicaron un ultrasonido, pero como "no calificó para la aseguranza", la trasladaron en una ambulancia del hospital privado al Hospital General de Mexicali.

Agregó que en el Hospital General fue revisada por una doctora, quien le manifestó que posiblemente el niño [REDACTED], pero cuando se le reventó la fuente [REDACTED]; indicó que en la mesa de expulsiones la doctora recibió al niño y se lo dio a una enfermera, quien lo envolvió en una sábana y se lo llevó de ahí; en esos momentos, le preguntó a la doctora por el estado del niño, y ésta le dijo que había [REDACTED], por lo cual solicitó que se lo mostraran, pero -sin recordar si fue la doctora o la enfermera- le manifestaron que no se lo enseñaban porque se podía impresionar.

Por último, aclaró que al otro día, cuando se disponía a salir del hospital, su señora [REDACTED] le dijo que no encontraban el cuerpo del niño, a lo cual ella le contestó que: "cómo no lo iban a encontrar, que yo desde cuándo sabía que el niño había nacido muerto"; entonces, su señora [REDACTED] le manifestó que a ella y al señor [REDACTED] les habían dicho "que estábamos bien yo y el niño". Sin embargo, aproximadamente a las 14:00 horas, la trabajadora social del nosocomio referido le manifestó que no encontraban el [REDACTED], razón por la cual dieron parte al agente del Ministerio Público.

v) El 12 de junio de 1996, la señora [REDACTED] declaró ante el agente del Ministerio Público que, el 7 de junio de 1996, acompañó a [REDACTED] al hospital [REDACTED], pues tenía fuertes [REDACTED], pero como no cubrió la "aseguranza", la trasladaron en una ambulancia al Hospital General de Mexicali, Baja California, donde la internaron aproximadamente a las 14:00 horas; que más tarde solicitó información del estado que guardaba [REDACTED] y le dijeron "que ya se había aliviado y que había tenido un [REDACTED], por lo que, junto con [REDACTED] permaneció en el hospital hasta las 22:00 horas, momento en el que un joven les informó que podían retirarse y que al otro día llevaran pañales y ropa para el niño. Al otro día, [REDACTED] se presentó al hospital y le informaron que el niño había fallecido, lo cual se lo comunicó a la declarante, quien acudió al nosocomio y se enteró que no encontraban el cuerpo del pequeño; por ello, hablaron con el Director del hospital, quien les manifestó que no sabía cómo desapareció el cadáver, pero que la Policía Judicial ya se encontraba investigando.

vi) El 12 de junio de 1996, el señor [REDACTED], [REDACTED] de la señora [REDACTED] declaró ante el representante social que por encontrarse su esposa embarazada, el 7 de junio de 1996 acudió con ella al hospital [REDACTED] de la ciudad de Mexicali, Baja California, donde la revisaron, pero como no calificó en la "aseguranza", de ese lugar la trasladaron al Hospital General de esa misma ciudad y allí la internaron; indicó que aproximadamente a las 21:30 horas le informaron que su [REDACTED] había dado a luz [REDACTED] "y que estaban los dos bien", que podía retirarse y llevar al otro día pañales y ropa; agregó que a las 8:00 horas del otro día se presentó en el Hospital General, donde una enfermera le informó que [REDACTED] había muerto, que pasara a Trabajo Social.

vii) El 13 de junio de 1996, los [REDACTED], elementos de la Policía Judicial del Estado de Baja California, presentaron al agente del Ministerio Público investigador un informe sobre la investigación de los hechos, en el cual señalaron haber entrevistado a diversas personas con relación a los mismos, y concluyeron que, puesto que hasta ese momento no había sido posible la localización del óbito, continuarían con la investigación.

viii) El 14 de junio de 1996, la señora [REDACTED] declaró ante el agente del Ministerio Público ser [REDACTED] del Hospital General de Mexicali, Baja California, con horario de trabajo de las 20:30 a las 8:00 horas, los lunes, miércoles y viernes, y que el 7 de junio de 1996, las [REDACTED] "le entregaron el turno", no sin antes preguntarle, la primera de ellas, que si el óbito que había recibido en su turno lo tenía que registrar en el libro de defunciones, contestándole que sí; agregó que el cadáver se encontraba en el área de neonatos, por lo cual, aproximadamente a las 22:00 horas del mismo día, la [REDACTED] lo entregó al camillero [REDACTED], quien lo llevó al área de patología; indicó que aproximadamente a las 2:00 horas del 8 de junio de 1996 se percató, al pasar por patología, que la puerta se encontraba semiabierta, observando en ese lugar una camilla semicubierta con una sábana y sobre ella el mismo óbito que se le había entregado al camillero, por lo que continuó su recorrido.

ix) El mismo 14 de junio de 1996, la señora [REDACTED] del Hospital General, declaró, ante el representante social, que trabaja en el citado nosocomio de lunes a viernes de las 14:00 a las 21:00 horas, y que el día de los hechos únicamente recibió, sin recordar si fue de parte de la [REDACTED], la lista de pacientes atendidos dentro del área de partos en esa misma fecha, aclarándole que sobre el nombre de [REDACTED] decía "óbito", con el cual no tuvo contacto; aclaró que solamente le preguntó a la [REDACTED] sobre el registro en los libros.

El 14 de junio de 1996, la [REDACTED], enfermera del Hospital General, declaró ante el representante social que en ese centro hospitalario trabaja lunes, miércoles y viernes de las 20:30 a las 8:00 horas, y como a las 20:30 horas del 7 de junio de 1996, una compañera del turno nocturno llevaba en sus manos un óbito amortajado, el cual dejó en una incubadora, siendo ésta la única ocasión en que la declarante lo vio.

xi) El 14 de junio de 1996, [REDACTED] del Hospital General de Mexicali, Baja California, manifestó ante [REDACTED]

que, el 7 de junio de 1996, se encontraba de guardia en el área de gineco-obstetricia del referido hospital y que aproximadamente a las 16:45 horas recibió a la señora [REDACTED] [REDACTED] quien provenía del hospital privado [REDACTED], con el diagnóstico de óbito fetal corroborado con ultrasonido; por ello, procedió a revisarla y al hacerlo [REDACTED]

El mismo 14 de junio de 1996, la [REDACTED] del Hospital General, declaró ante el representante social que se encuentra encargada del área tocoquirúrgica de ese nosocomio y, el 7 de junio de 1996, se recibió en la sala de expulsión a la señora [REDACTED] y, posteriormente, en el área de cunas, el cuerpo de un óbito envuelto y "membretado" con los apellidos de la [REDACTED]; agregó que como a las 21:00 horas del mismo día, la [REDACTED], encargada del área de neonatos, entregó el cadáver al [REDACTED], para que éste lo trasladara a patología, sin saber qué sucedió después.

xiii) Asimismo, el 14 de junio de 1996, la [REDACTED] declaró, ante el agente del Ministerio Público, que trabaja como [REDACTED] en el Hospital General y, aproximadamente a las 20:45 horas del 7 de junio de 1996, recibió de [REDACTED] un producto del [REDACTED], muerto, identificado con los apellidos [REDACTED] los cuales corroboró en el libro de registro, y llamó al camillero [REDACTED], a quien le entregó el cuerpo para que lo trasladara al área de patología.

xiv) El 14 de junio de 1996, [REDACTED] del Hospital General de Mexicali, Baja California, manifestó ante el representante social que aproximadamente a las 21:30 horas del 7 de junio de 1996, la [REDACTED], le informó que debía trasladar un cadáver del área de expulsión al anfiteatro, entregándosele la [REDACTED], amortajado en sábanas de color gris; entonces, él lo llevó al área de patología, donde lo dejó sobre una camilla de lámina que estaba al fondo y a un costado de la puerta que da al área del estacionamiento del hospital, es decir, al exterior del edificio; agregó que esa puerta se encontraba sin llave, sin el cerrojo puesto y "emparejada", al igual que la puerta por la que ingresó al área referida, pues también se encontraba sin llave y da acceso a los pasillos del hospital; además, aclaró que existe una tercera puerta en esa área, la cual nunca se encuentra cerrada, pues tiene acceso al laboratorio de patología.

xv) El mismo 14 de junio de 1996, el referido representante social tomó la declaración del [REDACTED], quien manifestó ser asistente del Director del Hospital General de Mexicali, Baja California, y que, el 8 de junio de 1996, la [REDACTED] le preguntó por [REDACTED] de apellidos [REDACTED], y como él no tenía conocimiento de los niños que habían ingresado por la noche, acudió con los médicos de guardia, quienes le refirieron que el 7 de junio de 1996 había nacido un niño muerto de 39 semanas de gestación y que a lo mejor era el que estaban

buscando; que siendo las 10:00 horas del 8 del mes y año citados, se dio cuenta de que el personal del turno no había encontrado el cuerpo del niño que había nacido muerto; por ello, tuvieron una reunión en la Dirección del mencionado hospital con los familiares de la paciente, donde el [REDACTED] les informó de la desaparición del cadáver, así como del diagnóstico emitido en la clínica particular donde había sido primeramente atendida la señora [REDACTED] a quien le manifestaron que su producto venía muerto, reiterándole lo mismo el médico de este Hospital General que la exploró y atendió en el parto.

xvi) El mismo 14 de junio, el [REDACTED] declaró ante el representante social que, como a las 19:20 horas del 7 de junio de 1996, el [REDACTED] le solicitó, por instrucciones de la [REDACTED] que valorara la edad gestacional del niño fallecido, por lo cual acudió al área de tococirugía, percatándose de que se encontraban presentes el [REDACTED] y dos [REDACTED], por lo que procedió a la valoración del cadáver y, antes de retirarse, le refirió al [REDACTED] que le comentara a la [REDACTED] que el cuerpo sin vida contaba con cuarenta semanas aproximadamente de gestación, siendo la [REDACTED] quien amortajó el producto y, posteriormente, se dirigió al área de urgencias pediátricas; al día siguiente, el [REDACTED] le informó que, como había problemas con el cuerpo del niño, tenía que hablar con el Director, quien le pidió que le explicara cómo sucedieron los hechos relacionados con el cadáver; no obstante, el lunes siguiente, el Director le comentó que no habían encontrado el cadáver al cual examinó, argumentándole que su trabajo no era valorar productos muertos ni abortos, sino atender a los recién nacidos vivos o con posibilidad de sobrevivir y, en general, la pediatría; por otra parte, aclaró que no extendió ningún certificado relacionado con la revisión del cuerpo, porque el apoyo hacia la [REDACTED] fue en atención al trabajo y de manera verbal.

xvii) El 17 de junio de 1996, el representante social tomó la declaración del señor [REDACTED] quien manifestó ser el [REDACTED] del Hospital General y que, como a las 20:30 horas del 7 de junio de 1996, se presentaron con él los familiares de la paciente [REDACTED] con objeto de preguntar por ella; entonces, acudió al área de labor, donde se encontraban las [REDACTED], siendo esta última quien le contestó: "fue [REDACTED] y está bien todo" (sic); situación que hizo del conocimiento de los familiares de la paciente, a quienes les solicitó que llevaran "pañales y toallas femeninas", retirándose posteriormente del hospital; agregó que, como a las 22:00 horas de ese mismo día, un médico, del cual no recordó su nombre, le preguntó por los familiares de la paciente, pues tenía que comunicarles que el niño había nacido muerto, informándole que ya se habían retirado.

xviii) El mismo 17 de junio, el señor [REDACTED] declaró ante el agente del Ministerio Público que labora como [REDACTED] en el [REDACTED] y que, el 7 de junio de 1996, atendió en ese hospital a la señora [REDACTED] con antecedentes [REDACTED]; por ello, le practicó un ultrasonido, sin encontrar evidencia de [REDACTED], razón por la cual le informó al [REDACTED] que el producto no era viable; aclaró que no tomó impresión de película radiográfica, así como tampoco efectuó importe por escrito.

xix) El mismo 17 de junio, la señora [REDACTED] manifestó ante el agente del Ministerio Público investigador [REDACTED] y prestar sus servicios en el Hospital General de Mexicali, Baja California, y que su función consiste en que, al momento de existir alguna defunción, debe entregar el formato del certificado médico de defunción al doctor en turno para que éste lo elabore, una vez realizado esto, el médico debe devolverlo al departamento de Trabajo Social, y éste lo registra y entrega a los familiares, quienes deben firmar de recibido; agregó que nunca tuvo conocimiento de los hechos que se investigan ni del ingreso a ese hospital de la señora [REDACTED]

xx) El 19 de junio de 1996, el agente del Ministerio Público hizo constar que recibió y agregó a la averiguación previa las valoraciones que hicieron a la paciente [REDACTED], adscritos al servicio de urgencias de la Clínica "Almater".

xxi) El mismo 19 de junio de 1996, el [REDACTED], médico interno del Hospital General de Mexicali, manifestó ante el agente del Ministerio Público investigador, quien presta sus servicios como médico interno en el Hospital General de Mexicali, y que, aproximadamente a las 18:00 horas del 7 de junio de 1996, le comunicaron que en el quirófano se encontraba una persona a quien se le iba a practicar una cesárea, pero que se le acercó una enfermera de guardia y le dijo que no se preocupara, pues era un producto muerto y que sería atendido por la [REDACTED]. Agregó que como a los 10 minutos escuchó un grito, percatándose en ese momento de que se trataba de la madre del niño muerto, el cual la [REDACTED] llevó hasta donde el médico se encontraba, preparándolo para trasladarlo a patología, observando que esa enfermera limpió, peinó y amortajó al producto.

xxii) El 20 de junio de 1996, el señor [REDACTED] declaró ante el agente del Ministerio Público investigador ser médico residente de tercer año en ginecología del Hospital General de Mexicali, y que, como a las 17: 00 horas del 7 de junio de 1996, la [REDACTED] le comunicó que había ingresado una paciente proveniente del hospital particular "Almater", con diagnóstico de óbito, y que al revisarla no escuchó frecuencia cardiorfetal; por ello, la [REDACTED] le indicó que informara a la paciente [REDACTED] que se iba a proceder al parto, lo cual hizo, y una vez terminado el evento quirúrgico, el [REDACTED] elaboró el certificado de defunción, ignorando quién de los médicos de base lo firmó.

xxiii) El mismo 20 de junio, el representante social tomó declaración al [REDACTED] el cual manifestó que trabaja en el Hospital General de Mexicali y que, aproximadamente a las 17:00 horas del 7 de junio del año en curso, la [REDACTED] le comunicó a él y a los [REDACTED] que había ingresado una paciente proveniente de un hospital particular para ser atendida en su parto, pero que el diagnóstico era un óbito, pues ella no encontró frecuencia cardíaca en el producto; en razón de lo cual, como hora y media después, el declarante se trasladó hasta donde se encontraba la señora [REDACTED] para comunicarle que le iban a practicar revisión de cavidad y preguntarle si estaba consciente de que su producto se encontraba sin vida, contestándole de manera afirmativa.

xxiv) El 20 de junio de 1996, el [REDACTED] declaró ante el agente del Ministerio Público que trabaja como médico residente en el Hospital General [REDACTED] y que, el 7 de junio de 1996, la [REDACTED] le indicó que había llegado una paciente del hospital [REDACTED] con diagnóstico de óbito, y que ella la iba a atender; que al terminar el parto, la [REDACTED] le comunicó que efectivamente había sido un óbito, por lo cual el de la voz y dos doctores se presentaron con la paciente [REDACTED] a quien le realizaron revisión de cavidad y le preguntaron si sabía que el producto había nacido muerto, contestando que sí; agregó que hasta el día siguiente se enteró, por las noticias, de que el cadáver se encontraba extraviado.

xxv) El 20 de junio de 1996, la señora [REDACTED] manifestó, ante el representante social, que es [REDACTED] del Hospital General [REDACTED] y están a su cargo dos [REDACTED] [REDACTED] agregó que este último realiza el control de los cadáveres y, previa autorización por parte de Trabajo Social, los entrega a sus familiares una vez que se registran en un libro que se tiene en la sala de autopsias de la misma área de patología; que en los fines de semana se debe ingresar el cadáver a las gavetas que existen en esa área, pero que en ocasiones éstas no funcionan y es preferible dejar los cadáveres en camillas; aclaró que únicamente el técnico en autopsias es el encargado de recibir los cuerpos sin vida y registrarlos en un libro, debiendo verificar cuáles hay para ese efecto; que estos hechos se suscitaron en un horario en el cual no se encontraba nadie del personal del área de patología, pues el señor [REDACTED] tiene un horario de trabajo de las 15:00 a las 21:30 horas, de lunes a viernes; que cuando llegó el personal de patología a las 08:00 horas del lunes 10 de junio de 1996, no se percató de la presencia de ningún óbito.

El mismo 20 de junio, el señor [REDACTED] manifestó, ante el agente del Ministerio Público investigador, que trabaja en el Hospital General de Mexicali como [REDACTED], donde existe un control de los ingresos y egresos de cadáveres de ese departamento, cuya entrega se realiza mediante una nota de salida que le envía Trabajo Social, pero que en el momento en que ingresa un cadáver a patología se recibe sin ningún oficio, solamente amortajado y con anotaciones sobre unas cintas adhesivas respecto de los datos personales del cuerpo; aclaró que desconoce los hechos que se investigan, pues salió de su turno a las 13:30 horas del 7 de junio de 1996, y el lunes 10 del mes y año citados, al revisar su turno, no encontró registrado ningún cadáver durante el fin de semana.

xxvii) El 20 de junio de 1996, la señora [REDACTED] declaró ante el representante social que labora en el Hospital General [REDACTED] y que, el 7 de junio de 1996, la señora [REDACTED] fue atendida en la sala de expulsión por la [REDACTED], encontrándose presentes ella y sus compañeras [REDACTED] agregó que cuando la [REDACTED] recibió el producto fetal, éste tenía el cordón doble circular en su cuerpo; por ello, lo entregó a [REDACTED] y ésta a su vez a la [REDACTED], quien limpió el cadáver, lo amortajó y le colocó su brazaletes de identificación, dejándolo en el área de

pediatría, para que el camillero que entrara en el turno siguiente, lo trasladara al área de patología.

xxviii) El 21 de junio de 1996, la señora [REDACTED] declaró ante el agente del Ministerio Público investigador que trabaja como [REDACTED] en el Hospital General [REDACTED] que, como a las 19:00 horas del 7 de junio de 1996, [REDACTED] le entregó un producto óbito fetal, dejándolo en una mesa de pediatría cubierto con una sábana; 10 minutos más tarde, la declarante lo revisó, percatándose de que se encontraba "obitado", por lo cual procedió a limpiarlo, amortajarle e identificarlo, dejando el producto en la misma mesa para que el camillero del turno nocturno lo llevara al área de patología, no sin antes hacer las anotaciones en el libro correspondiente; que, al terminar su turno, ingresó la [REDACTED] a quien le comentó que el óbito fetal se encontraba envuelto en una sábana sobre una mesa y que faltaba trasladarlo a patología.

xxix) El 21 de junio de 1996, el [REDACTED] ratificó ante el representante social, en todas y cada una de sus partes, la nota de admisión que, el 7 de junio de 1996, firmó respecto del ingreso de la señora [REDACTED] a la Clínica "Almater" de Mexicali, Baja California.

xxx) El 21 de junio de 1996, el agente del Ministerio Público investigador tomó declaración a la señora [REDACTED], quien manifestó que presta sus servicios [REDACTED] en el Hospital General de Mexicali, Baja California, y que el 7 de junio de 1996 se encontraba en la sala de expulsión de ese nosocomio con sus compañeras [REDACTED] asistiendo a la [REDACTED], quien atendía el parto de la señora [REDACTED] que el producto fue un óbito que tenía circular de cordón, con la piel "escamada", que la [REDACTED] entregó el cadáver a la [REDACTED], sin darse cuenta de lo que sucedió después, pues terminó su turno de trabajo.

xxxi) El mismo 21 de junio de 1996, la señora [REDACTED] declaró ante el representante social que [REDACTED] en el Hospital General de Mexicali y que el 7 de junio de 1996 se encargó de ingresar a ese nosocomio a la señora [REDACTED] a quien asistía para ser atendida de parto y portaba una receta del hospital [REDACTED] en la cual se encontraba anotado el pronóstico de "óbito fetal"; que la [REDACTED] atendió a la paciente, quien manifestó que el doctor que la atendió en la clínica particular le comentó que "el bebé no se escuchaba", y que ella, a su vez, le dijo a ese doctor que no sentía moverse al producto desde hacía tres días; que al auscultar a la señora [REDACTED] manifestó que el producto no se escuchaba, por lo cual la paciente pasó al área de expulsión donde la atendió dicha doctora, quien recibió un producto que no lloró ni respiró, el cual le entregó a la declarante y ésta, a su vez, lo llevó al área de neonatos, colocándolo en una mesa, percatándose de que había sido varón.

xxxii) El 21 de junio de 1996, el [REDACTED] ratificó ante el representante social, en todas y cada una de sus partes, el contenido del informe de revisión a nombre de la señora [REDACTED] y reconoció como suya la firma que obra al margen del mismo.

xxxiii) El 21 de junio de 1996, la señora [REDACTED] declaró ante el agente del Ministerio Público investigador que [REDACTED] en el Hospital General de Mexicali y que, sin señalar fecha, la enfermera [REDACTED] le manifestó que no encontraban el cuerpo del óbito que había nacido la noche anterior, por lo que, junto con la [REDACTED], procedieron a buscarlo en diversos lugares del hospital, como el anfiteatro, tococirugía, lavandería, contenedores de basura, pero el resultado fue negativo.

c) Actuaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos. Expediente CNDH/122/96/BC/4231

i) El 26 de junio de 1996, un visitador adjunto y un perito médico de esta Comisión Nacional se constituyeron en la ciudad de Mexicali, Baja California, donde recabaron copia del expediente clínico que respecto al caso de la señora [REDACTED] se integró en el Hospital General de Mexicali, así como de la averiguación previa 4535/96 que con motivo de los hechos en comento inició la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California; además, entrevistaron a las siguientes personas:

-La señora [REDACTED] quien manifestó que el 5 de septiembre de 1995 presentó [REDACTED]

Agregó que en el hospital público [REDACTED]

Finalmente, señaló que [REDACTED]

-El doctor Salvador Rivas Carrillo, Director del Hospital General de Mexicali, Baja California, manifestó que el 7 de junio de 1996, en el área de patología de ese hospital, la puerta que da acceso al estacionamiento público no tenía el pasador de arriba y, por lo tanto, fácilmente se podía abrir; que las llaves para ingresar a dicha área las tiene el

administrativo encargado de ese nosocomio, pero que en esa guardia no hubo encargado administrativo; aclaró que únicamente tienen dos guardias por turno y antes de los hechos había solicitado mayor número de vigilantes, pero no lo hizo por escrito.

Agregó que, con relación a los hechos que se investigan, no levantó acta administrativa, y el personal que trabaja en ese hospital no cuenta con credenciales de identificación; sin embargo, el [REDACTED] del hospital en ese turno vespertino, siempre estuvo enterado del caso de la señora [REDACTED] además, dijo que sí funcionan las gavetas de refrigeración ubicadas en el servicio de patología.

-El [REDACTED], residente del tercer año de gineco-obstetricia, manifestó que el 7 de junio de 1996 se encontraba practicando una cesárea cuando el médico interno de pregrado le informó que había ingresado una paciente, con una receta de un hospital particular firmada por un doctor que también trabajaba en ese Hospital General, en la cual se asentaba "que se trataba de un óbito".

-El [REDACTED], [REDACTED] refirió que el 7 de junio de 1996 se encontraba practicando dos cesáreas cuando le avisaron que había ingresado una paciente con una nota de un hospital particular firmada por un médico que labora también en ese Hospital General, en la cual se asentaba que la señora [REDACTED] venía con el diagnóstico de [REDACTED]; agregó que cuando procedió a revisarla [REDACTED] posteriormente, habló con la paciente y le preguntó si estaba enterada del diagnóstico antes de ingresar al Hospital General, quien le contestó afirmativamente, por lo que al día siguiente por la mañana llenó el certificado de defunción.

-El [REDACTED], residente de primer año de la especialidad de gineco-obstetricia del Hospital General de Mexicali, manifestó que se encontraba realizando una cesárea cuando un médico interno de pregrado le informó que el producto de la señora [REDACTED] ya había nacido.

-El [REDACTED], residente de segundo año de pediatría, señaló que valoró el cadáver para saber su edad gestacional, calculándosela de cuarenta semanas.

-La [REDACTED] manifestó que, el 7 de junio de 1996, recibió a la señora [REDACTED] en el área de recepción del Hospital General de Mexicali, quien portaba una nota médica del hospital privado "Almater" con diagnóstico de [REDACTED]; por ello, la exploró y, al [REDACTED] señaló que la paciente estuvo de dos a tres horas en labor de parto y, al momento de la expulsión, el producto presentó circular de cordón a tensión en cuello, piel marmórea y flacidez.

-La [REDACTED], refirió que, como a las 02:00 horas del 8 de junio de 1996, pasó por el servicio de patología del Hospital General de Mexicali y se percató de que la puerta de esa área que da acceso al estacionamiento se encontraba abierta, pero vio el óbito sobre una camilla.

-La [REDACTED] manifestó que, el 7 de junio de 1996, vio "el bulto amortajado" del cadáver en la sala de expulsión del Hospital General de Mexicali.

-Por su parte, la [REDACTED] señaló que ella recibió el cadáver amortajado y avisó a un [REDACTED] para que lo llevara a patología.

-La [REDACTED] expresó que una vez que el cuerpo sin vida fue expulsado por la señora [REDACTED] ella lo recibió y procedió a limpiarlo, pesarlo, "membretarlo", amortajarle y entregarlo al siguiente turno; además, indicó que el óbito presentó un color blanquecino, con grasa en su cuerpo, con ampulas en la piel, el cordón umbilical era de color morado, flácido y los huesos del cráneo crepitaban.

-La [REDACTED] manifestó que en el área de admisión del Hospital General de Mexicali recibió a la señora [REDACTED] la cual traía una nota médica del hospital particular [REDACTED], con diagnóstico de óbito fetal; por ello, pasó la hoja a la [REDACTED] para que atendiera a la paciente, y cuando nació el niño muerto, la mencionada doctora se lo dio a ella; entonces, procedió a dejarlo sobre una mesa "y le gritó [REDACTED] que ahí le dejaba el óbito"; agregó que la paciente le preguntó a la doctora el sexo del mismo, y ésta le comunicó que era masculino; por último, argumentó que el cadáver tenía las manos escarapeladas, estaba flácido, con piel marmórea y labios morados.

-La [REDACTED] refirió que ayudó al médico a preparar el instrumental y se percató de que el producto presentaba [REDACTED].

-El administrativo [REDACTED] manifestó que como él se encuentra en el área de información, el 7 de junio de 1996 les comunicó a los familiares de la señora [REDACTED] que de los datos proporcionados por la [REDACTED], se desprendía que el producto estaba vivo; sin embargo, momentos después se percató de lo sucedido, pues un doctor salió a buscar a la familia de la paciente para decirles que el niño había nacido muerto.

-El [REDACTED] manifestó que, aproximadamente a las 21:30 horas del 7 de junio de 1996, lo llamaron para llevar el cadáver al área de patología del mencionado Hospital General, por lo que procedió a dejarlo sobre una de las camillas; agregó, que la puerta para entrar a dicha área siempre está abierta.

-El [REDACTED], médico encargado del turno vespertino del Hospital General de Mexicali, manifestó que en el caso de una defunción no se realiza ningún documento médico para ser entregado en el área de patología, pues únicamente se lleva el cuerpo y se deposita.

-La señora [REDACTED] refirió que el 7 de junio de 1996 le informaron en el Hospital General [REDACTED] que tanto [REDACTED] como el producto "estaban bien", por lo cual a las 21:45 horas de ese mismo día le dijeron que se retirara a su domicilio y llevara ropa y toallas al otro día.

-El señor [REDACTED] manifestó que siendo las 8:00 horas del 8 de junio de 1996 preguntó en el Hospital General de Mexicali si iban a dar de alta a su [REDACTED], donde le manifestaron que [REDACTED] estaba muerto y tenía que ir a comprar el ataúd, lo cual hizo; sin embargo, al regresar al hospital lo pasaron con el Director del mismo, quien le informó que no encontraban el cuerpo del pequeño.

ii) En la misma fecha, el personal de esta Comisión Nacional practicó una supervisión al área de patología del Hospital General de Mexicali, Baja California, sin encontrar registrado al niño muerto en el libro de ingreso al servicio, pero donde observaron que, en el momento de realizar la visita, se encontraba un cadáver que tampoco había sido registrado oportunamente; de igual forma, constataron que las puertas de acceso a ese departamento no cuentan con ningún cerrojo o medio de seguridad e, incluso, una de ellas comunica al estacionamiento público del nosocomio.

iii) Por su parte, con base en las evidencias recabadas, el perito médico de esta Institución Nacional estableció en el dictamen del 8 de julio de 1996 lo siguiente:

[...] comentarios: hasta ahora, con los datos obtenidos, se puede establecer que el producto presentaba un cronotanodiagnóstico de tres días de muerte fetal. El cuerpo de un óbito fetal puede ser utilizado, entre otros, con fines de tráfico de órganos; es decir, para ser utilizados en trasplantes de órganos. Con relación al punto anterior y por el cronotanodiagnóstico (tiempo de muerte), los órganos del óbito fetal en comento ya no eran biológicamente viables para ser utilizados con esos fines. En la visita realizada al servicio de patología se pudo observar que en el libro de registro de cadáveres no aparece registrado el óbito, por lo tanto, se deduce que nunca ingresó a ese servicio; además, se encontraron, sobre una camilla, un cadáver de un adulto y, sobre otra, una bolsa de polietileno transparente que contenía diferentes órganos, los cuales deberían de estar en las gavetas de refrigeración para su conservación, como lo establece la Ley General de Salud, ya que en la región predomina un clima cálido, condicionando tempranamente la descomposición de los órganos y tejidos, siendo ésta una función del técnico de necropsias, la cual no había cumplido; es decir, meter el cuerpo y los órganos a las gavetas de refrigeración; asimismo, el cadáver aún no estaba registrado en el libro.

Conclusiones: de los datos analizados, se tiene que el producto presentaba ya muerte fetal desde antes de ingresar la madre al Hospital General de Mexicali, Baja California.

La causa de muerte que refiere el certificado de defunción, [REDACTED]

[REDACTED] aunque lo ideal hubiera sido establecer la causa por medio de la realización de una necropsia.

Por el cronotanodiagnóstico, el óbito presentaba una muerte de aproximadamente tres días de evolución.

Los órganos y tejidos del cuerpo del óbito ya no eran biológicamente viables para ser utilizados con fines de trasplantes.

IV. INTEGRACIÓN DE LA QUEJA

Con objeto de atender la queja interpuesta, este Organismo Nacional envió diversos oficios, tanto a la autoridad presuntamente responsable de violaciones a Derechos Humanos como a otras autoridades que podrían auxiliar a la integración del expediente de queja, mediante los cuales se les solicitó un informe relacionado con los hechos, así como diversa documentación vinculada con los mismos. Dichos requerimientos fueron los siguientes:

i) Oficio número 19968, del 21 de junio de 1996, mediante el cual se pidió al licenciado Fernando Portilla Higareda, entonces encargado del despacho de la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud, un informe relacionado con los hechos de queja y copia legible y completa del expediente clínico de la señora [REDACTED] [REDACTED] que incluyera, de ser posible, toda la documentación referente a los servicios que realizan las diferentes unidades de la institución en las que, de ser el caso, hubiera sido atendida la paciente, además, de los siguientes rubros:

1. Notas de consulta externa.
2. Notas del servicio de urgencias.
3. Documentos de hospitalización.
4. Historia clínica.
5. Notas de evolución.
6. Notas de enfermería.
7. Hojas de anestesia.
8. Dictados de operaciones.
9. Hoja de egreso.
10. Hoja de transferencia a otra unidad.
11. Exámenes de laboratorio de análisis clínicos.
12. Exámenes de estudios anatomopatológicos.
13. Interpretación de electrocardiogramas, exámenes radiológicos, ultrasonidos, tomografía computarizada, resonancia magnética, medicina nuclear y otros exámenes de gabinete.
14. Documentos en los que el paciente o sus apoderados rehúsan o aceptan procedimientos especiales.

La Secretaría de Salud remitió la información y documentación solicitada por conducto del diverso DAJ263/96.

ii) Oficio número 19967, del 21 de junio de 1996, mediante el cual se pidió al licenciado José Luis Anaya Bautista, Procurador General de Justicia del Estado de Baja California, un informe relacionado con los hechos de la queja y copia legible y completa de la documentación que lo sustentara.

La Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California remitió por conducto del diverso 19967, del 27 de junio de 1996, el informe rendido por la licenciada Olga Minerva Castro Luque, Visitadora General de esa Institución, al cual anexó copia de la averiguación previa 4535/96, iniciada el 8 de junio del mismo año en contra de quien resultara responsable con motivo de los hechos que se investigan, incluyendo actuaciones hasta el 21 del mes y año citados.

iii) Oficio número 24130, del 25 de julio de 1996, mediante el cual se pidió al licenciado José de Jesús Díez de Bonilla Altamirano, Coordinador General de Atención y Orientación al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, un informe relacionado con los hechos de queja y copia legible y completa del expediente clínico de la señora [REDACTED]

Esta Comisión Nacional no recibió respuesta del Instituto Mexicano del Seguro Social.

V. EVIDENCIAS

En este caso las constituyen:

1. Los escritos de queja de los señores [REDACTED] presentados, los días 11 y 12 de junio de 1996, ante la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California y recibidos en esta Comisión Nacional el 20 del mes y año citados.

2. Las declaraciones que el 26 de junio de 1996, en la ciudad de Mexicali, Baja California, rindieron ante personal de esta Comisión Nacional la quejosa, [REDACTED]; el Director del Hospital General de Mexicali, doctor Salvador Rivas Carrillo; los médicos residentes del referido nosocomio, doctores [REDACTED]

[REDACTED] camillero del área de patología, todos del citado nosocomio.

3. La supervisión al área de patología del Hospital General de Mexicali, Baja California, que el 26 de junio de 1996 practicó personal de este Organismo Nacional, en la cual no encontraron en el libro de ingreso al servicio de esa área el registro del niño nacido

muerto; además de que observaron diversas irregularidades en el funcionamiento de las tres puertas que dan acceso al área de patología de ese centro hospitalario.

4. El oficio 19967, del 27 de junio de 1996, por el cual la [REDACTED] de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California, rindió el informe solicitado por este Organismo Nacional y envió copia de la averiguación previa 4535/96, iniciada el 8 de junio de ese mismo año en contra de quien resultara responsable por los hechos que se investigan.

5. El dictamen que un perito médico de esta Comisión Nacional rindió el 8 de julio de 1996.

6. El oficio DAJ/263196, del 8 de julio de 1996, por medio del cual el doctor Cipriano Aguilar Aguayo, jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Baja California, rindió el informe requerido y remitió la copia del expediente clínico a este Organismo Nacional que obra en el Hospital General de esa Entidad Federativa a nombre de la señora [REDACTED] de la cual destacan:

a) La nota de ingreso al Hospital General de Mexicali, Baja California, del 7 de junio de 1996, a nombre de la señora [REDACTED] en la cual se precisó que al ser revisada se encontró: ausencia de frecuencia cardíofetal, paciente secundigesta y óbito fetal.

La nota médica de posparto, en la cual los [REDACTED] anotaron que el parto de la señora [REDACTED] sucedió a las 19:40 horas del 7 de junio de 1996, obteniéndose producto único, [REDACTED].

7. La copia de la averiguación previa 4535/96, iniciada en la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California el 8 de junio de 1996, en la cual destacan las actuaciones siguientes:

a) El acuerdo de inicio de la indagatoria.

b) Declaración ministerial que, el 11 de junio de 1996,

rindió la señora [REDACTED]

c) Declaraciones que, el 12 de junio de 1996, rindieron ante el agente del Ministerio Público investigador los señores [REDACTED]

d) El informe que, el 13 de junio de 1996, presentaron los señores [REDACTED] de la Policía Judicial del Estado de Baja California, ante el agente del Ministerio Público investigador.

e) Las declaraciones ministeriales que, el 14 de junio de 1996, rindieron los [REDACTED] del Hospital General [REDACTED]

f) Las declaraciones ministeriales que, el mismo 14 de junio de 1996, rindieron las [REDACTED] del Hospital General [REDACTED] así como el [REDACTED]

g) Las declaraciones que, el 17 de junio de 1996, rindieron ante el representante social el [REDACTED], [REDACTED] del Hospital General mencionado; el señor [REDACTED] del nosocomio, y la señora [REDACTED] del mencionado hospital.

h) Constancia del 19 de junio de 1996, en la cual el agente del Ministerio Público investigador hizo constar que recibió las valoraciones realizadas por los [REDACTED] el 7 de junio de 1996 a la señora [REDACTED]

i) Declaración ministerial que, el 19 de junio de 1996, rindió el doctor [REDACTED] del Hospital General de Mexicali.

j) Declaraciones rendidas, el 20 de junio de 1996, por parte de los [REDACTED] del Hospital General [REDACTED] nte el representante social.

k) Declaraciones que, el 20 de junio de 1996, rindieron ante el representante social las [REDACTED] del Hospital General [REDACTED] en el área de patología del hospital mencionado.

l) Declaraciones ministeriales que, el 21 de junio de 1996, rindieron los [REDACTED] del hospital particular "Almater", así como las [REDACTED] del Hospital General [REDACTED]

VI. OBSERVACIONES

Esta Comisión Nacional considera importante señalar que el producto que, el 7 de junio de 1996, dio a luz la señora [REDACTED] fue un [REDACTED]. Podemos afirmar lo anterior con base en:

-La nota médica que emitió el [REDACTED], médico del hospital particular "Almater", en la cual asentó que después de revisar a la agraviada no escuchó frecuencia cardíaca fetal y diagnosticó óbito fetal; documento que, el 21 de junio de 1996, dicho

servidor público ratificó en todas y cada una de sus partes ante el representante social investigador.

-La nota de ingreso al Hospital General de Mexicali, Baja California, del 7 de junio de 1996, en la que se lee que al ingresar la señora [REDACTED]

-La nota de posparto del 7 de junio de 1996, emitida en el Hospital General de Mexicali a nombre de la señora [REDACTED] en la cual se asentó:

[...]

(sic)

-Lo declarado ministerialmente y ante personal de esta Comisión Nacional por la [REDACTED], quien atendió el parto de la agraviada y señaló que, el 7 de junio de 1996, la señora [REDACTED] llegó al Hospital General de Mexicali, proveniente del hospital particular "Almater", con diagnóstico de [REDACTED]

-La declaración ministerial y ante personal de esta Comisión Nacional de la [REDACTED] quien expresó que [REDACTED]

-La declaración que, el 26 de junio de 1996, hizo la señora [REDACTED] ante el visitador adjunto y el perito médico de esta Comisión Nacional, en la cual manifestó que [REDACTED]

[REDACTED] y la envió al Hospital General [REDACTED].

Es importante establecer que la planeación, regulación, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, el cual está constituido por varias dependencias y entidades de la administración pública federal y local, se rige por la Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo cuarto del artículo 4o., de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como por disposiciones reglamentarias y accesorias, cuyo cumplimiento corresponde actualmente a la Secretaría de Salud.

Ahora bien, de las constancias que obran en el expediente de queja CNDH/122/96/BC/4231, este Organismo Nacional concluye que existen violaciones a Derechos Humanos por parte de personal del Hospital General de Mexicali, Baja California, dependiente de la Secretaría de Salud, los cuales consisten en un ejercicio indebido de servicio público, pues queda claro para esta Comisión Nacional que el óbito expulsado por la señora [REDACTED] en el Hospital General, referido el 7 de junio de 1996, desapareció del mismo, debido a diversas irregularidades en el servicio de prestación de salud, las cuales a continuación se precisan:

a) Una vez que el óbito fue expulsado, el [REDACTED], según su propia versión, lo dejó en el área de patología, sobre una camilla "que da al área del estacionamiento del hospital, es decir, al exterior del edificio"; dicha puerta se encontraba sin llave y sin el cerrojo puesto, además de que las otras dos puertas que tienen acceso a dicha área por los pasillos del hospital y por el laboratorio, respectivamente, también se encontraban sin cerrojos; lo que denota una falta extrema de seguridad en el área de patología del Hospital General de Mexicali, Baja California.

Aún más, tal inseguridad se corrobora con la información rendida a este Organismo Nacional por el Coordinador de Salud Pública en el Estado de Baja California, doctor Cipriano Aguilar Aguayo, quien manifestó que la vigilancia de los accesos al Hospital General se limitaba, en la noche del viernes 7 de junio de 1996, a un par de agentes de la Policía Municipal, quienes se dividían la custodia de la puerta principal y del área de urgencias, sección donde se permite el acceso a los familiares de los pacientes internados en estado de gravedad, "siendo por ello factible que una persona extraña pudiera circular en el interior del edificio, confundido con los familiares".

Esta irregularidad pudo corroborarse con la visita que personal de esta Comisión Nacional realizó a ese nosocomio el 26 de junio del año en curso, donde se observó que las puertas del servicio de patología siempre estuvieron abiertas durante la visita, la chapa de la puerta de ese servicio que da acceso al estacionamiento se encontró descompuesta y no se observó un control de las personas que ingresaban al área de patología.

b) En la misma visita, el personal de esta Comisión Nacional pudo observar que en el libro de registro de cadáveres del servicio de patología de ese nosocomio no aparecía registrado el óbito, a pesar de que, según declaración del [REDACTED] llevó el producto a esa área y lo dejó sobre una de las camillas. Dicho registro debió realizarse de manera inmediata, pues, según la propia declaración de la [REDACTED] de ese hospital, los cadáveres que ingresan a dicha área deben anotarse en el libro de registro y "los fines de semana se deben ingresar los cadáveres a las gavetas que existen en esa área pero que a veces no funcionan".

En esa visita, se observó que persiste esta irregularidad, pues sobre una camilla se encontró el cadáver de un adulto y, sobre otra, una bolsa de polietileno transparente que contenía diversos órganos, sin que el cadáver citado estuviera registrado en el libro correspondiente y sin que los órganos referidos estuviesen en las gavetas para su

conservación, tal como deberían de estarlo por el clima cálido que predominaba en la región.

Estas irregularidades debieron, en su oportunidad, ser observadas y corregidas por el Director del Hospital General [REDACTED], [REDACTED], por el asistente del Director de ese nosocomio en el turno de sábados, domingos y días festivos, [REDACTED] y por la jefa del área de patología, [REDACTED], sin que así lo hubiesen hecho.

Los servidores públicos antes citados violaron lo dispuesto por el artículo 51 de la Ley General de Salud, en el cual se señala que:

Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

En el caso concreto, la señora [REDACTED] no recibió de dichos profesionales una prestación de calidad idónea y ética, pues entendiendo ésta como el deber ser y el deber hacer, los profesionistas referidos omitieron corregir oportunamente las irregularidades mencionadas.

Igualmente, los servidores públicos citados violaron lo dispuesto en la fracción 1 del artículo 47 de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, en el cual se señala:

Artículo 47. Todo servidor público tendrá las siguientes obligaciones para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben ser observadas en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, y cuyo incumplimiento dará lugar al procedimiento y a las sanciones que correspondan, sin perjuicio de sus derechos laborales, así como de las normas específicas que al respecto rijan en el servicio de las fuerzas armadas:

I. Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.

Es necesario mencionar que el citado [REDACTED] incurrió en responsabilidad profesional e institucional al incumplir, además, con el contenido del artículo 19, fracción 1, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en el cual se establece:

Artículo 19. Corresponde a los responsables [de los establecimientos que prestan servicios de atención médica] a que hace mención el artículo anterior, llevar a cabo las siguientes funciones:

I. Establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca, así como para el cabal cumplimiento de la ley y las demás disposiciones aplicables;

Se afirma lo anterior, ya que de constancias se desprende que el [REDACTED] no ha establecido en el Hospital General [REDACTED] un procedimiento que permita el debido funcionamiento del área de patología durante los fines de semana y días festivos, de tal manera que exista en ese servicio el personal adecuado y suficiente para llevar un registro de los cadáveres que ingresan al mismo.

Igualmente, no existe constancia de que el [REDACTED] haya solicitado por escrito a la autoridad competente el aumento en el número de elementos de vigilancia para ese Hospital General, pues dos policías municipales son, evidentemente, insuficientes para la vigilancia del nosocomio en cuestión.

Asimismo, como quedó demostrado con anterioridad con la propia aseveración del [REDACTED] Coordinador de Servicios de Salud Pública en el Estado de Baja California, "una persona extraña puede circular en el interior del edificio [Hospital General [REDACTED] confundido con los familiares", lo que indica que el Director del hospital no ha establecido un adecuado control de acceso al mismo, sin que exista constancia, tan sólo, de que el personal del referido nosocomio porte credenciales de identificación que los distinga del público en general.

Todo lo anterior comprueba el incumplimiento con las funciones de planeación, dirección y control del funcionamiento del Hospital General [REDACTED], por parte de su Director, [REDACTED]

Asimismo, por lo que se refiere al [REDACTED], asistente del Director de ese nosocomio en el turno de sábados, domingos y días festivos, éste debió haber reportado al Director del Hospital General [REDACTED], las necesidades de vigilancia, personal y reparación de las chapas de las puertas que dan acceso al área de patología de dicho hospital; pues, en su calidad de responsable de dicha área durante los fines de semana y días festivos, debió vigilar la oportuna y eficiente prestación de servicios que el establecimiento ofrece y, en su caso, hacerlo del conocimiento de su superior, [REDACTED] Director del hospital.

En cuanto a [REDACTED], jefa del área de patología del Hospital General [REDACTED], es evidente que no tiene un control de las llaves de las puertas de ese servicio ni tampoco tiene establecido sistema alguno para controlar los ingresos y egresos de los cadáveres durante los turnos nocturnos y fines de semana, ni supervisa adecuadamente el control de registros de cadáveres, pues el señor [REDACTED], manifestó en su declaración ministerial que "al momento en que ingresa un cadáver a patología, éste se recibe sin ningún oficio, solamente amortajado y con anotaciones sobre unas cintas adhesivas respecto de los datos personales del cuerpo". Ahora bien, aun cuando la [REDACTED] declaró ministerialmente que no era su turno de trabajo a la hora en que sucedieron los hechos, entre el 7 y 8 de junio de 1996, no escapa a la observación de que ella, como jefa del área de patología, es la primera que debe implementar las medidas necesarias para el buen funcionamiento y seguridad del área a su cargo, siendo corresponsable de ello con el Director de dicho hospital y con el asistente del Director en el turno de sábados, domingos y días festivos.

c) No pasa inadvertido para esta Comisión Nacional que el cadáver en cuestión no se preservó en las gavetas de refrigeración que para tal efecto se encuentran en el área de patología del Hospital General de Mexicali, Baja California, y aunque en el artículo 64 de la Ley General de Salud se señala que cuando los cadáveres vayan a permanecer, sin inhumarse o incinerarse por más de 48 horas siguientes a la muerte, deberán refrigerarse en cámaras cerradas a temperaturas menores de cero grados centígrados, como se establece también en el artículo 65 de la propia ley, en ningún momento la autoridad de salud informó ni justificó ante este Organismo Nacional que no haya sido necesario que el cuerpo en cuestión se guardara en la gavetas de refrigeración, violándose por tanto el contenido de los artículos mencionados de la Ley de Salud.

Es importante señalar que la desaparición del óbito en el Hospital General de Mexicali, Baja California, implica un ejercicio indebido del servicio público por parte de los profesionistas de salud ya citados, pero, además, genera inseguridad para la sociedad, pues al acudir el gobernado a solicitar atención médica adecuada y eficiente en los centros hospitalarios, conociendo estas irregularidades, evidentemente acude por las necesidades de salud que tiene, pero lo hace con el temor y la desconfianza de no ser adecuadamente atendido, no siendo así, respetado el derecho a la salud de una manera integral por parte de los prestadores de servicio público, ocurriendo una violación de Derechos Humanos individual, como la presente, al ser del interés social, pues en un momento determinado pueden afectar Derechos Humanos difusos, es decir, que importan al interés colectivo.

VII. CONCLUSIONES

1. El producto que, el 7 de junio de 1996, dio a luz la señora [REDACTED] fue un óbito (muerte fetal que ocurre en el periodo comprendido entre la semana 20 del embarazo y la terminación del mismo con el parto) (evidencias 2, 5, 6 a y 6 b).
2. Durante la noche del 7 al 8 de junio de 1996, el referido óbito desapareció del área de patología del Hospital General de Mexicali, Baja California (evidencias 1, 2, 4, 6 y 7).
3. La noche del 7 de junio de 1996, el cadáver en cuestión fue dejado por el [REDACTED], sobre una camilla que se encontraba en el área de patología y cuya puerta principal da acceso al estacionamiento del Hospital General, es decir, "al exterior del edificio". Esta puerta, al igual que las otras dos que dan acceso a esa área por los pasillos del hospital y por el laboratorio, respectivamente, se encontraban sin llaves y sin los cerrojos puestos. Además, esa noche, únicamente dos agentes de la Policía Municipal se dividieron la custodia de la puerta principal y del área de urgencias de ese nosocomio (evidencias 2, 6, 7 f y 7 k).
4. La irregularidad en el funcionamiento de las puertas del servicio de patología persistió por lo menos hasta el 26 de junio de 1996, en que personal de esta Comisión Nacional visitó el Hospital General [REDACTED], y observó que durante la visita esas puertas siempre estuvieron abiertas y la chapa de la que da acceso al estacionamiento se encontraba descompuesta; además de que no existía un control de las personas que ingresaban al área de patología. En la misma visita se pudo observar

que el óbito en cuestión no fue registrado en el libro de cadáveres del servicio de patología (evidencia 3).

5. El óbito en cuestión no se preservó en las gavetas de refrigeración que se encuentran en el servicio de patología, como lo establece el artículo 65 de la Ley General de Salud, sin que la autoridad de salud justificara que tal medida no era necesaria (evidencias 2, 7 f y 7 k).

6. Esa desaparición del cuerpo del menor implica un ejercicio indebido del servicio público por parte del [REDACTED] Director del Hospital General de [REDACTED] del [REDACTED] del Director de ese nosocomio en el turno de sábados, domingos y días festivos, y de la [REDACTED] jefa del área de patología, ya que las irregularidades que se señalan en los puntos anteriores debieron en su oportunidad ser observadas y corregidas por los dos primeros en su calidad de responsables de la organización y funcionamiento de ese hospital y de la tercera como encargada del área de patología del mismo (evidencias 1, 2, 3, 5, 6 y 7).

Por lo anteriormente expuesto, esta Comisión Nacional se permite formular respetuosamente a usted, señor Secretario de Salud, las siguientes:

VIII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Girar sus instrucciones a quien corresponda a fin de que se inicie el procedimiento administrativo de investigación y éste se determine conforme a Derecho en contra del [REDACTED] Director del Hospital General [REDACTED] [REDACTED]; del [REDACTED] del Director de ese nosocomio en el turno de sábados, domingos y días festivos, y de la [REDACTED] [REDACTED], jefa de; área de patología, por las irregularidades en que incurrieron y que se encuentran contenidas en el capítulo de Observaciones.

SEGUNDA. Girar sus instrucciones a quien corresponda para que de inmediato se corrijan las deficiencias e irregularidades que han quedado señaladas en la parte de Observaciones de este documento, debiéndose dotar de personal médico, administrativo y de vigilancia suficiente e idóneo al área de patología del Hospital General de Mexicali, Baja California, a efecto de que se cumplan cabalmente las disposiciones de la Ley General de Salud.

TERCERA. 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.

De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, nos sea informada dentro de] término de 15 días hábiles siguientes a esta notificación.

Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, solicito a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro de un término de 15 días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma Recomendación.

La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente Recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión Nacional de Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública esta circunstancia.

Atentamente

El Presidente de la Comisión Nacional