



RECOMENDACIÓN NO. 07/2010

CASO DE NEGLIGENCIA MÉDICA CON PÉRDIDA DE LA VIDA EN AGRAVIO DE V1 y V2.

México D. F., a 19 de Febrero de 2010

MTRO. DANIEL KARAM TOUMEH

DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

PRESENTE.

Distinguido señor director general:

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su reglamento interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2009/939/Q, relacionado con el caso de V1 y V2, y visto los siguientes:

I. HECHOS

El 23 de febrero de 2009, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos recibió de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, el escrito de queja presentada por V1, en el cual manifestó que el 15 de octubre de 2008, se encontraba con un embarazo de ocho meses, y debido a que empezó a arrojar líquido trasvaginal, al día siguiente acudió al Hospital General de Zona número 68 del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, ubicado en el municipio de Ecatepec, estado de México, donde le realizaron un ultrasonido y le practicaron una cesárea, sin informarle cuál era el estado de salud de V2

(bebé); que al tercer día fue dada de alta a pesar de tener infectada la herida de la cesárea, y que a los cinco días de nacida V2 falleció sin que se le informara la causa real de su muerte.

Además, indicó que no le proporcionaron la constancia de alumbramiento porque el personal del hospital no tenía papel, siendo que dicho documento era un requisito para poder inhumar a V2.

Por lo anterior, V1 solicitó la intervención de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos para investigar los hechos y la causa de la muerte de V2.

II. EVIDENCIAS

A. Escrito de queja de 18 de febrero de 2009, presentado por V1 ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, remitida el 23 de febrero a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

B. Oficios de 27 de abril, 7 de mayo y 28 de agosto de 2009, respectivamente, recibidos en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a través de los cuales la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS, remitió copia simple del expediente clínico relacionado con la atención médica proporcionada a V1 y a V2 en el Hospital General de Zona número 68 del IMSS, y envió un informe sobre los hechos de la queja, así como los informes de los médicos tratantes.

C. Oficio de 25 de junio de 2009, a través del cual la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS, comunicó a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos que el caso se sometería a la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico, cuya determinación sería dada a conocer en su oportunidad, e informó que se dio vista al titular del Área de Quejas del Órgano Interno de Control en ese Instituto

para valorar la procedencia de una investigación administrativa, en términos de lo dispuesto en la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

D. Opinión médica de 21 de septiembre de 2009, emitida por la Coordinación de Servicios Periciales de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre la atención brindada a V1 y V2 en el Hospital General de Zona número 68 del IMSS ubicado en Ecatepec, estado de México.

E. Oficio de 23 de noviembre de 2009, por el que la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS anexó copia del oficio de 12 de noviembre de 2009, mediante el cual indicó que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico resolvió, mediante acuerdo de 18 de septiembre de 2009, la improcedencia de la queja presentada por V1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

El 15 de octubre de 2008, V1 en tercer trimestre de embarazo presentó derrame de líquido trasvaginal y dolor tipo obstétrico irregular; el día 26 del mismo mes y año acudió al Servicio de Urgencias de Tococirugía del Hospital General de Zona número 68 del IMSS en el estado de México, donde fue atendida por un médico, cuya identidad se desconoce, ya que en la nota médica no aparece su nombre, rango, cargo, especialidad ni matrícula; quien le practicó una inadecuada exploración obstétrica, y casi veinte horas después de la ruptura de membranas, el doctor Alberto Crespo Ávila, vía quirúrgica abdominal y bajo bloqueo peridural, le practicó una cesárea, dando alumbramiento a V2 en posición pélvica de nalgas, con apnea inmediata posterior al nacimiento, cuya calificación de Apgar era de 5/8; diagnóstico de asfixia moderada recuperada, acondroplasia, dificultad respiratoria, macrocefalia, con probable cardiopatía y riesgo de síndrome de distrés respiratorio.

V1 cursó el momento postquirúrgico estable y sin complicaciones, por lo que la dieron de alta el 18 de octubre de 2008, sin embargo V2 fue hospitalizada debido a su estado grave. El 20 de octubre de ese año, V2 perdió la vida mientras estaba internada en el hospital referido, y tuvo como causas de muerte: cardiopatía cianógena, hidrocefalia congénita, membrana hialina grado II y acondroplasia.

Respecto a la constancia de alumbramiento, el IMSS informó que la misma no se entregó con oportunidad a V1, por la irregularidad en la dotación de esos documentos al Hospital General de Zona número 68 del IMSS.

La Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, informó a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, que mediante el acuerdo de 18 de septiembre de 2009, determinó la improcedencia de la queja que V1 presentó por los hechos antes narrados.

Con el propósito de proteger la identidad de las víctimas, a fin de asegurar que sus nombres y datos personales no 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. Solamente se pondrán en conocimiento de las autoridades, a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de que éstas dicten las medidas de protección correspondientes.

IV. OBSERVACIONES

Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el presente expediente, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos cuenta con elementos que acreditan violaciones al derecho a la protección a la salud y como consecuencia a la vida en agravio de V1 falleciendo V2, por parte de

servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, en razón de las siguientes consideraciones:

Cuando V1 ingresó al Servicio de Urgencias de Tococirugía del Hospital General de Zona número 68 del IMSS, se encontraba con presión arterial normal, buen estado de salud; le diagnosticaron embarazo de treinta y seis semanas de gestación y la indujeron a labor de parto.

El médico tratante, cuya identidad se desconoce no realizó una adecuada exploración obstétrica, ni le prescribió una prueba de cristalografía y fórmula leucocitaria (para detectar un proceso infeccioso secundario a la ruptura), además de no detectar la posición en la que se encontraba acomodada V2; omitió también pedir la realización de la prueba sin estrés y/o evaluación fetal mediante cardiotocografía para detectar la baja reserva fetal, la cual presentó posteriormente, y que ameritaba la extracción lo más pronto posible mediante cesárea, para evitar el sufrimiento fetal intraparto; tampoco solicitó tomar muestras del líquido trasvaginal para realizar un estudio citológico y cultivo e indicar, oportunamente, una adecuada cobertura antibiótica al binomio madre-hijo, potencialmente infectado ya que pasaron mucho tiempo con ruptura de membranas.

Fue casi veinte horas después de esa ruptura de membranas, cuando el doctor Alberto Crespo Ávila, vía quirúrgica abdominal y bajo bloqueo peridural, practicó una cesárea a V1 dando alumbramiento a V2, quien venía en posición pélvica con apnea inmediata posterior al nacimiento, con calificación de Apgar de 5/8, indicativo de compromiso severo en su estado de salud, diagnosticando asfixia moderada recuperada, acondroplasia, dificultad respiratoria, macrocefalia, probable cardiopatía y riesgo de síndrome de distrés respiratorio.

En virtud de que V1 se encontraba en buen estado de salud posterior a la cirugía, la dieron de alta el 18 de octubre de 2008, pero V2 quedó hospitalizada debido a su grave estado de salud. El 20 de octubre de 2008 a la 1:00 a.m., V2

presentó paro cardíaco refractario a maniobras de resucitación cardiopulmonar, y murió a la 01:06 a.m. de ese mismo día.

En opinión de los médicos de la Coordinación de Servicios Periciales de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, la atención médica brindada a V1 y V2 en el Hospital General de Zona número 68 del IMSS, en el estado de México, fue inadecuada por las razones expuestas, además de que el médico que las trató, no indicó un ultrasonido a V1, estudio que debió realizarse inmediatamente. Como consecuencia de tal omisión, no se detectó la prematurez de V2, y tampoco se aceleró la biosíntesis de los factores tensioactivos del pulmón fetal aplicando esteroides a V1 para evitar la enfermedad de membrana hialina, padecimiento grave que presentó posteriormente V2, y la llevó a la muerte.

Dicha conducta médica vulneró lo dispuesto por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, así como con lo dispuesto por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

Aunado a lo anterior, el especialista en ginecología doctor Alberto Crespo Ávila, con matrícula 99157950, a pesar de reportar a V1 con embarazo de treinta y seis semanas de gestación, con presentación de nalgas, ruptura prematura de membranas y baja reserva fetal; omitió cubrir con doble esquema de antibióticos a V1 y V2, desestimando el riesgo de una infección intramniótica potencialmente grave por la ruptura prematura de membranas, que en ese momento era de catorce horas, así mismo omitió también oxigenar a V1 para corregir la baja reserva fetal, solicitar ultrasonido urgente para valorar la edad gestacional y viabilidad fetal, que de haberlo realizado, se hubiera detectado la prematurez fetal y hubiera podido administrar esteroides a V1 para acelerar la producción de surfactante pulmonar fetal, y reducir de este modo la gravedad del distrés respiratorio causado por enfermedad de membrana hialina que presentó V2 al nacer y le produjo la muerte; con ellos se incumplió también lo

dispuesto por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.

Hasta casi veinte horas después, en las condiciones de salud antes descritas, se practicó la cesárea; dicho retardo condicionó y favoreció la infección de V2, confirmada por análisis clínicos de 19 de octubre de 2008 (al reportarse leucocitosis de 12,500). Dicha complicación derivó de manera directa de una dilación en su extracción, siendo que ésta estaba indicada en las primeras doce horas del diagnóstico para evitar el riesgo de una infección bacteriana ascendente cervicovaginal.

Al momento de nacer, V2 fue atendida por la pediatra, doctora Lozano, con matrícula 99152246, quien la diagnosticó con asfixia moderada recuperada, acondroplasia, dificultad respiratoria, probable cardiopatía y riesgo de síndrome de distrés respiratorio, pero omitió continuar con la oxigenoterapia y monitoreo estrecho (por oximetría de pulso y gasometría arterial), administrar doble esquema de antibióticos y surfactante exógeno, canalizar una vía endovenosa con soluciones glucosadas, solicitar análisis clínicos básicos de control, monitoreo electrocardiográfico continuo, ecocardiograma, así como solicitar la valoración por cardiología pediátrica, consejería genética y ordenar su ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales, todo esto a pesar de los antecedentes de ruptura prematura de membranas; de riesgo de enfermedad de membrana hialina por su prematurez; de hipotermia; de persistencia de la dificultad respiratoria de Apgar baja al nacimiento; de acondroplasia, y de probable cardiopatía congénita, contraviniendo con ello lo dispuesto por el Reglamento de Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social y la citada Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993.

Durante los cuatro días que V2 permaneció en cuneros prematuros y patológicos, no le fue administrada oportunamente surfactante exógeno para evitar la enfermedad de membrana hialina y el distrés respiratorio, tampoco se le valoró por parte de un especialista en cardiología pediátrica, ni se le practicó un monitoreo electrocardiográfico continuo, ecocardiograma, ultrasonido

transfontanelar y finalmente, los médicos del citado Hospital General de Zona omitieron ingresarla a la unidad de cuidados intensivos neonatales o trasladarla a un hospital especializado.

La muerte de V2 se debió a la enfermedad de membrana hialina, padecimiento grave que era previsible, cuya complicación resultó irreversible y mortal, secundaria a una inadecuada atención médica brindada a V1 y V2, por los médicos tratantes del servicio de tococirugía, ginecobstetricia, pediatría, cuneros prematuro y patológico del Hospital General de Zona No 68 del IMSS ubicado en Ecatepec, estado de México.

Derivado de las notas médicas donde se reportan: “fontanela anterior amplia de 2x3 cm” de 16 de octubre de 2008, “ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, sin soplos” de 17 de octubre de 2008, “sin soplos cardiacos, extremidades con llenado capilar de un segundo” de 19 de octubre de 2008; así como del estudio radiológico del 16 de octubre de 2008, que no mostró malformación cardíaca, cardiomegalia, disminución del flujo pulmonar y de la omisión en la realización de un adecuado protocolo de estudio (ecocardiograma, monitoreo electrocardiográficos continuo, valoración por cardiología pediátrica, ultrasonido transfontanelar), se puede señalar que no hay sustento clínico que avale la presencia de hidrocefalia ó cardiopatía cianógena congénita, y que la fontanela abierta es un hallazgo esperado en pacientes con acondroplasia, como en este caso, y la dificultad respiratoria persistente y la cianosis presentadas por V2, que produjeron su muerte se debieron a la enfermedad de membrana hialina que no fue diagnosticada ni tratada oportunamente, además de que la acondroplasia no viene aparejada de malformaciones congénitas graves y mortales como la hidrocefalia y/o cardiopatía cianógena.

En este contexto, para la Comisión Nacional de los Derechos Humanos los médicos del Hospital General de Zona número 68 del IMSS incumplieron con la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, al omitir el diagnóstico de

embarazo de alto riesgo, el llenado completo del partograma, la aceleración de la biosíntesis de los factores tensioactivos del pulmón fetal y su traslado a un hospital mejor equipado.

Asimismo, considera que dichos médicos también incumplieron con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, ya que varias de las notas médicas en el expediente referido son ilegibles, con exceso de abreviaturas, sin secuencia, con ausencia de algunas hojas de indicaciones médicas, de enfermería y clínicas, notas sin fechas, sin nombres completos, sin firmas, sin claves, sin matrículas de médicos tratantes; hay notas médicas breves, escuetas y sin signos vitales.

Con relación a la constancia de alumbramiento, el propio informe del IMSS reconoce que ésta no se entregó con oportunidad a V1, debido a la falta de dotación de esos documentos, lo que retrasó la sepultura de V2.

Por lo expuesto, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos determina que personal médico del Hospital General de Zona número 68 del IMSS, vulneró lo dispuesto por los artículos 4, párrafos tercero y séptimo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracción V, 19, 21, 23, 27, fracción III, 32, 33, fracciones I, II y III, 34, fracción II, 37 y 51 de la Ley General de Salud; así como 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, e incurrieron con su conducta en el probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, que prevé la obligación de los servidores públicos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

Igualmente, dicho personal omitió observar lo dispuesto por los artículos 12.1, y 12.2, incisos c) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; los numerales 10.1, y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y los artículos 6.1 y 24.1 de la Convención sobre los derechos de los niños, para asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, que establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que proporciona el Estado a su población, y reconocen la más amplia protección y asistencia posibles a la familia como elemento natural y fundamental de la sociedad, especialmente para su constitución y mientras sea responsable del cuidado y educación de sus hijos; que ratifican el contenido del artículo 4, párrafos tercero y séptimo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto al reconocimiento por parte del Estado a las personas al disfrute de un servicio médico de calidad, y de adoptar para ello las medidas necesarias para la plena efectividad de ese servicio.

Asimismo, se dejó de observar lo dispuesto por los artículos 1, 2, 3, 4, 7 y 11, apartado B, primer párrafo, 21 y 28 de la Ley para la Protección de los Derechos de los Niños y Adolescentes, que tienen por objeto garantizar la tutela y el respeto de los derechos fundamentales de los menores, contemplados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y establecen la obligación de las personas que tengan a su cuidado a menores de edad de procurarles una vida digna, con el pleno y armónico desarrollo de su personalidad en el seno de la sociedad y las instituciones, así como a protegerlos contra toda forma de maltrato, daño, perjuicio, agresión y abuso que afecte su integridad física y mental, además de su pleno y armónico desarrollo.

Es preciso señalar que la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud.

En este sentido, la CNDH, emitió la recomendación general número 15, Sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, en la que se precisa que ese derecho, debe entenderse como la prerrogativa a exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, 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 de dicho derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad, y calidad.

Es importante mencionar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución General de la República, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas. En el presente caso los médicos que atendieron a V1, debieron considerar el interés superior del paciente, en función de la gravedad de su padecimiento, realizando un diagnóstico certero que les permitiera proporcionarle un tratamiento pertinente, con la calidad y calidez que deben imperar en la prestación de dicho servicio público de salud, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo.

Con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III, 71, párrafo segundo, y 72 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existen elementos de convicción suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente formal queja ante el Órgano Interno de Control del Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de que se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente, así como la denuncia de hechos ante el agente del Ministerio Público de la Federación, en contra de los médicos que intervinieron en los hechos que se consignan en este caso y que resultaron en el fallecimiento de V2.

Finalmente, si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la actuación irregular de los servidores públicos consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de los derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 1915, 1917 y 1918 del Código Civil Federal, así como 1º, 2º y 9º de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, prevén la posibilidad de que 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 hubieran ocasionado, por lo cual resulta procedente se realice la indemnización conducente a quien mejor tenga derecho a ello.

En consecuencia, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos le formula respetuosamente a Usted, señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Instruya a quien corresponda, a efecto de que se proceda a indemnizar a los familiares de V2 o a quien tenga mejor derecho en los términos que establecen las leyes respectivas, así como de los preceptos reconocidos en la Declaración Sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas del Delito y del Abuso de Poder, como consecuencia de la responsabilidad institucional en que incurrieron los médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social que intervinieron en el caso, con base en las consideraciones planteadas en el cuerpo de la presente recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire instrucciones a quien corresponda, para que en ese Hospital General de Zona No 68 del Instituto Mexicano del Seguro Social, se diseñe e imparta un programa integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos, con especial énfasis en el contenido, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, a fin de que el servicio público que proporcionen, tanto el personal médico como el de enfermería, se ajuste al marco de legalidad y las sanas prácticas administrativas que deben de observar en el ejercicio de sus funciones, garantizando que se apliquen los protocolos de intervención precisos, y evitando de esta manera actos como los que dieron origen al presente pronunciamiento, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el inicio y trámite de la queja que este organismo público promueva ante el Órgano Interno de Control de ese instituto, en contra de los médicos que intervinieron en el tratamiento de V1 y V2, enviando a este organismo nacional las constancias que le sean requeridas.

CUARTA. Se colabore debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, por tratarse de servidores públicos federales los involucrados, y remita a esta Comisión Nacional las constancias que le sean solicitadas

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

De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos se le solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

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

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 los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia.

EL PRESIDENTE

DR. RAÚL PLASCENCIA VILLANUEVA

CLAVES DE PERSONAS

NOMBRE	CALIDAD	CLAVE
SUGEILY CERVANTES VARGAS	VICTIMA	V1
MENOR, HIJA SUGEILY CERVANTES VARGAS	VICTIMA	V2

CLAVES DE DOCUMENTOS

B. Oficios 09 52 17 46 B 0/005289, 09 52 17 46 B O/005814 y 09 52 17 46 B O/011005, de 27 de abril, 7 de mayo y 28 de agosto de 2009, respectivamente, recibidos en Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a través de los cuales la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS, remitió copia simple del expediente clínico relacionado con la atención médica proporcionada a V1 y aV2, en el hospital general número 68 del IMSS ubicado en Ecatepec, Estado de México y envió un informe sobre los hechos de la queja, así como los informes de los médicos tratantes.

C. Oficio 09 52 17 46 B O/008113 de 25 de junio de 2009, a través del cual la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS comunicó a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos que el caso se sometería a la aprobación de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico, cuya determinación sería dada a conocer en su oportunidad e informa que se dio vista al titular del Área de Quejas del Órgano Interno de Control en ese Instituto, para valorar la procedencia de una investigación administrativa.

E. Oficio 09 52 17 46 B O/014282 de 23 de noviembre de 2009, por el que la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS, anexó copia y oficio 09 52 17 46 B O/014824 de 12 de noviembre de 2009, mediante el cual indicó que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico resolvió, mediante acuerdo de 18 de septiembre de 2009 la improcedencia de la queja.