



RECOMENDACIÓN No. 37/2010

Síntesis: El 30 de enero de 2009, V1 ingresó al Hospital Regional de Alta Especialidad en la Península de Yucatán, dependiente de la Secretaría de Salud Federal, por haber sido diagnosticada con cáncer en el endometrio, dónde AR1 indicó como tratamiento a dicho padecimiento una histerectomía, y dado el sobrepeso que presentaba, se le recomendó realizarle a la vez un gastro yeyuno anastomosis (mini bypass gástrico).

En este sentido, AR2 confirmó la posibilidad de realizarle el mini bypass a V1 al mismo tiempo de la histerectomía. El 25 de febrero de ese año fue intervenida dándola de alta el día 28 del mes y año citados. Ahora bien, el 3 de marzo de 2009 V1 tuvo que regresar a ese Hospital Regional, por presentar dolores abdominales y, después de que AR3 le administró analgésicos, dicho médico le indicó que se retirara.

El 5 de marzo de 2009 V1 de nueva cuenta ingresó al Hospital Regional ya mencionado, por presentar salida de material serohemático y fecal de la herida quirúrgica. En esa ocasión fue internada y se le programó una laparoscopia que se llevó a cabo al día siguiente, en la que se encontró una oclusión intestinal y dehiscencia del mini bypass de 2 cm con salida de materia intestinal, por lo que realizaron una resección intestinal, otro mini bypass en "Y" de Roux con entero anastomosis término lateral y gastrotomía (apertura para alimentación). V1 fue ingresada a la Unidad de Terapia Intensiva, y toda vez que presentó una evolución tórpida fue necesario intervenirla quirúrgicamente en ocho ocasiones más con la finalidad de drenar material serohemático, corregir oclusión intestinal así como las dehiscencias posquirúrgicas que se presentaron, además de realizarle una colostomía.

Finalmente, debido a todas las complicaciones que presentó, posteriores a las intervenciones quirúrgicas que padeció en dicho Hospital Regional, el 17 de julio de 2009 V1 falleció. Por lo anterior, Q1 presentó una queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, que fue turnada a esta Comisión Nacional en razón de competencia.

Del análisis-lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, esta CNDH observó que existen elementos suficientes que acreditaron que se vulneraron los derechos a la protección a la salud y a la vida en agravio de V1 por la inadecuada atención médica atribuible a personal del Hospital General de Alta Especialidad en la Península de Yucatán, dependiente de la Secretaría de Salud, ya que el 25 de febrero de 2009 AR1 y AR2 realizaron una histerectomía y un mini bypass gástrico a V1, sin que esa intervención fuera

considerada urgente, y sin que contaran con los estudios necesarios y la opinión de un equipo multidisciplinario que hubiera analizado el caso, lo que originó complicaciones en la salud de V1, por haber sido expuesta de manera innecesaria a múltiples riesgos quirúrgico-anestésicos, desnutrición y procesos infecciosos nosocomiales, que provocaron su fallecimiento.

Por ello, para esta Comisión Nacional quedó acreditado que el personal médico del Hospital Regional de Alta Especialidad en la Península de Yucatán, que atendió a V1, vulneró lo dispuesto en los artículos 4o., párrafo tercero, 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.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos recomendó al Secretario de Salud que se reparen los daños y se indemnice a los familiares de V1; que se diseñen e impartan programas integrales 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; que se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la presentación y trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud, y que 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.

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN AGRAVIO DE V1 (YUCATÁN).

México, D. F., a 17 de junio de 2010

DR. JOSÉ ÁNGEL CÓRDOVA VILLALOBOS
SECRETARIO DE SALUD
P R E S E N T E

Distinguido señor secretario:

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero, 6, fracciones II y III; 15, fracción VII, 24,

fracciones II, y IV, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su reglamento interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2009/4065/Q, relacionado con la queja interpuesta por Q1.

Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos, y evitar que su nombre y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su reglamento interno. Dichos datos se pondrán en conocimiento de las autoridades recomendadas, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, y tendrán el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes, y visto los siguientes:

I. HECHOS

El 30 de enero de 2009, V1, mujer de 26 años de edad ingresó al Hospital Regional de Alta Especialidad en la Península de Yucatán, dependiente de la Secretaría de Salud, por haber sido diagnosticada con cáncer en el endometrio, dónde AR1 indicó como tratamiento a dicho padecimiento una histerectomía, así como dado el sobrepeso que presentaba, la valoración por un especialista en cirugía bariátrica para realizarle un gastro yeyuno anastomosis (*mini bypass* gástrico). En este sentido, AR2 confirmó la posibilidad de realizarle el *mini bypass* a V1 al mismo tiempo de la histerectomía.

El 25 de febrero de ese año, AR1 y AR2 realizaron la histerectomía y el mencionado *mini bypass* gástrico, siendo dada de alta el 28 de ese mes y año. Ahora bien, el día 3 de marzo de 2009 a las 5:30 horas, V1 tuvo que regresar a ese Hospital Regional, por presentar dolores abdominales y después de que AR3 le administró analgésicos, dicho médico le indicó que se retirara aproximadamente a las 11:00 horas de ese mismo día.

El 5 de marzo de 2009, V1 de nueva cuenta ingresó al Hospital Regional de Alta Especialidad en la Península de Yucatán por presentar salida de material serohemático y fecal de la herida quirúrgica. En esa ocasión, fue internada y se le programó una laparoscopia que se llevó a cabo al día siguiente, en la que se encontró una oclusión intestinal y dehiscencia del *mini bypass* de 2 cm con salida de materia intestinal, por lo que realizaron una resección intestinal, otro *mini bypass* en "Y" de Roux con entero anastomosis termino lateral y gastrotomía (apertura para alimentación).

V1 fue ingresada a la unidad de terapia intensiva, y toda vez que presentó una evolución tórpida, fue necesario intervenirla quirúrgicamente en 8 ocasiones más con la finalidad de drenar material serohemático, corregir oclusión intestinal así como las dehiscencias postquirúrgicas que se presentaron, además de realizarle una colostomía.

Finalmente, debido a todas las complicaciones que presentó, posteriores a las intervenciones quirúrgicas que padeció en dicho Hospital Regional, el 17 de julio de 2009 V1 falleció. Por lo anterior Q1, presentó una queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, que fue turnada a esta Comisión Nacional, en razón de competencia.

II. EVIDENCIAS

A. Queja de Q1, presentada el 6 de agosto de 2009 ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, misma que se remitió a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos el 20 de agosto de 2009.

B. Informe del director general del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, enviado por oficio DG/744/09 de 5 de noviembre de 2009, al que anexó copia del expediente clínico de V1 y el informe de AR2.

C. Acta circunstanciada de 1 de marzo de 2010, en la que consta la conversación telefónica entre personal de la CNDH y del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, en la que se informó que la nota relativa a la técnica quirúrgica no se encuentra dentro del expediente clínico de V1.

D. Opinión médica emitida el 15 de abril de 2010, por personal de la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional, en la que se establecen las consideraciones técnicas respecto de la atención médica otorgada a V1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

El 25 de febrero de 2009, AR1 y AR2, realizaron una histerectomía y un *mini bypass* gástrico a V1 en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, sin que dicho *mini bypass* fuera considerado como urgente, y sin que contaran con los estudios necesarios y la opinión de un equipo multidisciplinario que hubiera analizado el caso, lo que originó complicaciones en la salud de V1, por haber sido expuesta de manera innecesaria a múltiples riesgos quirúrgico-anestésicos, desnutrición y procesos infecciosos nosocomiales, que provocaron su fallecimiento el 17 de julio de 2009.

IV. OBSERVACIONES

Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos observó que existen elementos suficientes que acreditan que se vulneraron los derechos a la protección a la salud y a la vida en agravio de V1 por la inadecuada atención médica atribuible a personal del Hospital General de Alta Especialidad en la Península de Yucatán, dependiente de la Secretaría de Salud, por las siguientes consideraciones:

El informe médico enviado a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y la opinión médica emitida por los médicos adscritos a la Visitaduría General que conoció de este asunto, permitieron advertir que AR1, AR2 al valorar a V1, el 6 de febrero de 2009, establecieron la posibilidad de realizarle un *mini bypass* gástrico en el mismo acto quirúrgico de la histerectomía total abdominal, omitiendo la elaboración de un adecuado historial clínico, exploración física, evaluar su estado nutricional, solicitar la valoración de un médico internista, un cardiólogo, un psicólogo, un nutriólogo, y de un endocrinólogo, así como prever otras alternativas de tratamiento.

En este sentido, en opinión de la CNDH, si se atiende a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad, la decisión final de realizar el *mini bypass* conjuntamente con la histerectomía a V1, debió ser resultado de un consenso de un equipo de salud multidisciplinario, soportado en estudios clínicos completos. Así las cosas, AR1 y AR2, sin contar con todos estos elementos, el 25 de febrero de 2009, practicaron en el mismo acto quirúrgico de histerectomía total abdominal, el procedimiento de *mini bypass* gástrico; operación bariátrica que es considerada como último recurso, la cual no era urgente en este caso.

Dichos médicos además, omitieron la nota médica de dicha cirugía en el expediente clínico de V1, incumpliendo con lo establecido en la mencionada Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, y con la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico. AR1 y AR2, tampoco realizaron a V1, paciente postoperada de una doble cirugía mayor, una adecuada exploración clínica, análisis de control, y omitieron prescribirle un esquema antibiótico completo de amplio espectro, así como realizar la nota médica del alta con indicaciones precisas, antes de indicar su salida del Hospital Regional.

En este contexto, para la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, AR1 y AR2 valoraron y realizaron un inadecuado manejo médico respecto de V1, toda vez que, además de haberla sometido a un *mini bypass* que no requería, sin contar con los estudios médicos necesarios, la dieron de alta el día 28 de febrero de 2009 de manera prematura, a pesar de tener criterios para que continuara hospitalizada, tales como un postquirúrgico mediato de dos cirugías mayores y antecedente de cáncer. Aunado a que en su expediente clínico, existía reporte de que no había evacuado desde el 24 de febrero; por lo que, de haber permanecido en ese hospital, se habría detectado y manejado oportunamente el síndrome doloroso abdominal agudo y las complicaciones que presentó.

La CNDH también advirtió que de manera indebida, el día 1 de marzo de 2009, AR3 desestimó que V1 pudiera presentar adherencias postquirúrgicas causantes del cuadro de dolor abdominal, y omitió solicitar una valoración por el área de cirugía general, así como una adecuada cobertura antimicrobiana, dándola de alta anticipadamente del mencionado Hospital Regional, ya que de haber continuado internada, se habría detectado y tratado oportunamente la infección y dehiscencia de la herida quirúrgica abdominal que presentó cuatro días después.

En esta vertiente, el 5 de marzo de 2009, V1 regresó al Hospital Regional por haber supurado líquido serohemático y materia fecal de la herida. En esta ocasión AR1 y AR2 encontraron que presentaba salida de material purulento verdoso por la herida quirúrgica, y según el reporte de rayos "X" de abdomen, V1 tenía abundante materia fecal en colon y gas en ámpula rectal. No obstante, dichos médicos omitieron establecer un diagnóstico y desestimaron la posibilidad de que tuviera adherencias postquirúrgicas que condicionaran la formación de una oclusión intestinal, además omitieron dejarla en ayuno, e indicarle ablandadores de heces fecales para disminuir la tensión del *mini bypass*, lo que tuvo como resultado un aumento excesivo de presión intraluminal y la dehiscencia de dicho *mini bypass*, lo cual provocó salida de material intestinal al día siguiente, complicación grave que pudo haberse prevenido.

Derivado de los hallazgos transoperatorios del segundo evento quirúrgico que se le practicó a V1 el 6 de marzo de 2009, consistentes en oclusión intestinal, dehiscencia de herida quirúrgica con salida de material fecal; de peritonitis secundaria por dehiscencia de anastomosis gastro yeyuno, y choque séptico, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos observó que estas complicaciones graves se derivaron de manera directa, del procedimiento quirúrgico de *mini bypass* realizado sin criterios médicos suficientes y de manera precipitada por AR1 y AR2, situación que finalmente produjo su fallecimiento.

En ese sentido, para esta Comisión Nacional queda plenamente acreditado que la atención de parte de personal médico adscrito al Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, dependiente de la Secretaria de Salud, fue inadecuada y transgredió el derecho fundamental contenido en el artículo 4, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que garantiza a todas las personas el derecho a la protección de la salud, el cual tiene como finalidad el disfrute de estos servicios, y que la asistencia social satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de la población, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de la persona y de la colectividad, en atención a que de acuerdo con las consideraciones expuestas, no se le practicó un procedimiento quirúrgico adecuado y el tratamiento postquirúrgico que se le brindó fue deficiente.

De igual manera, se transgredió lo dispuesto en los apartados 7.2.2 y 7.2.3, de la Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad; en los que se establece que la indicación de tratamiento quirúrgico de la obesidad, deberá ser resultado de la decisión de un equipo de salud multidisciplinario; conformado, en su caso, por un cirujano, un anestesiólogo, un nutriólogo, un endocrinólogo, un cardiólogo y un psicólogo; además de que todo paciente con obesidad severa candidato a cirugía no podrá ser intervenido quirúrgicamente sin antes haber sido estudiado en forma completa, con historia clínica, análisis de laboratorio y gabinete, valoración nutricional, cardiovascular, anestesiológica y cualquier otra necesaria.

Además, una vez concluida dicha intervención quirúrgica, se omitió realizar la nota médica correspondiente, incumpliendo lo establecido en el apartado 7.2.2 de la mencionada Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad, y en el 8.7 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, respectivamente. Igualmente se transgredió el artículo 8.8 de esta última norma oficial mexicana, al omitir realizar a la paciente postoperada de una doble cirugía mayor, una adecuada exploración clínica, solicitar análisis clínicos de control, cubrir a su alta con un esquema antibiótico completo de amplio espectro, y realizar la nota médica del alta con indicaciones precisas.

Asimismo, el inadecuado manejo medico del que fue objeto V1, al haber sido dada de alta el 28 de febrero de 2009, se corrobora con el hecho de que se contaba con criterios para que continuara hospitalizada, tales como dos cirugías mayores y antecedentes de cáncer, y de haber permanecido hospitalizada, se habría detectado y manejado oportunamente el síndrome doloroso abdominal agudo y las complicaciones que presentó.

Por lo expuesto, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos considera que el multicitado personal médico del Hospital Regional de Alta Especialidad en la Península de Yucatán, que atendió a V1, vulneró lo dispuesto por los artículos 4, párrafo tercero, 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.

Aunado a lo anterior, las autoridades responsables dejaron de atender lo previsto en el artículo 14, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los artículos 6.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y I, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que consagran el derecho a la vida.

Igualmente, el personal médico 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 que establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que proporciona el Estado a su población y ratifican el contenido del artículo 4, párrafo tercero, 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.

Ahora bien, 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 y 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 que en atención al interés superior del paciente y en función de la gravedad de su padecimiento, debieron realizar un diagnóstico cumpliendo con la debida diligencia requerida en el servicio público, 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.

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, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 1, 2 y 9 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 reparación conducente, mediante la indemnización a quien mejor tenga derecho a ello.

En virtud de lo expuesto y 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, párrafo segundo, 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 de la Secretaría de Salud, 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.

En consecuencia, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos le formula respetuosamente a usted, señor secretario de Salud, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Instruya a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar los daños y se indemnice a los familiares de V1, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrieron los médicos del Hospital Regional de Alta Especialidad en la Península de Yucatán que la trataron, en virtud de las consideraciones planteadas en el cuerpo de la presente recomendación, enviando a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire instrucciones a quien corresponda, para que en los hospitales de la Secretaría a su cargo, especialmente en el Hospital Regional de Alta Especialidad en la Península de Yucatán, se diseñen e impartan programas integrales 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 evitar de esta manera actos violatorios de derechos humanos 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 la presentación y trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud, en contra de los médicos que intervinieron en el tratamiento de V1, 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 15 días hábiles siguientes a esta 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 15 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