

Comisión Nacional de los Derechos Humanos



RECOMENDACIÓN No. 50 /2017

**SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS
DERECHOS A LA PROTECCIÓN DE LA
SALUD Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE V1,
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 36
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL EN COATZACOALCOS,
VERACRUZ.**

Ciudad de México, a 19 de octubre de 2017.

**LIC. MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 3°, párrafo primero, 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, y 128, a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/5/2013/7600/Q, relacionado con el caso de V1.
2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4°, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto, en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

I. HECHOS

3. El 25 de febrero de 2012, aproximadamente a las 18:14 horas, debido a que presentaba [REDACTED], V1, [REDACTED] de [REDACTED] años de edad, fue ingresado por Q, [REDACTED] al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona 36 (Hospital General) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Coatzacoalcos, Veracruz.

4. V1 permaneció alrededor de [REDACTED] horas en esa área, tiempo durante el cual no se le realizaron los estudios paraclínicos solicitados por el personal médico tratante, siendo que hasta las 19:20 horas del 27 de febrero de 2012, se solicitaron nuevamente estudios de laboratorio y un [REDACTED]

5. Aproximadamente dos horas con treinta minutos después, fueron recabados los resultados de dichos estudios, y con la finalidad de descartar la presencia de dengue o alguna patología hematológica, se solicitó interconsulta con el servicio de Hematología, la cual llevó a cabo AR1, a las 14:30 horas del 28 de febrero de 2012.

6. AR1 estableció que dadas las condiciones clínicas de V1, era necesario descartar un proceso canceroso o disminución parcial o total de la producción de células en la médula ósea, programando un procedimiento denominado "[REDACTED]" después del cual se determinó que V1 padecía [REDACTED] por lo que iniciaría tratamiento de [REDACTED]

7. El [REDACTED], el personal médico tratante consideró que V1 se encontraba en buenas condiciones generales, por lo que determinó su egreso, debiendo continuar con la recuperación en su domicilio. No obstante, al tener dudas sobre la atención brindada a [REDACTED], el día 6 del mes y año citados, Q y V2 decidieron llevarlo al Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño en Villahermosa, Tabasco, donde previa valoración, SP7 estableció que V1 se encontraba [REDACTED] por lo que fue internado en ese nosocomio, sin embargo, el día [REDACTED] citado falleció a consecuencia de un [REDACTED]

II. EVIDENCIAS

8. Escrito de queja presentado por Q el 18 de octubre de 2013, ante este Organismo Nacional.

9. Oficio 09 52 17 61 4621/2413 de 21 de noviembre de 2013, por el que la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, adjuntó copia de un informe de análisis clínico de V1 sin fecha, signado por SP1, SP2, SP4, SP5 y SP6.

10. Oficio 09 52 17 61 4621/2480 de 28 de noviembre de 2013, por el que la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, adjuntó copia de la siguiente documentación:

10.1. Informe de 5 de noviembre de 2013, signado por SP1, en el que detalló la atención médica brindada a V1 en el Hospital General.

10.2. Informe de 12 de noviembre de 2013, suscrito por AR1, en el que precisó la atención médica que brindó a V1.

10.3. Copia del expediente clínico integrado en el Hospital General, con motivo de la atención médica otorgada a V1, del que destacan las constancias siguientes:

10.3.1. Nota de Pediatría Médica de las 10:06 horas del 25 de febrero de 2012, con nombre ilegible del médico que la elaboró, en la que se estableció: *"El día de hoy ingresa al servicio por persistir [REDACTED] y reporte de laboratorios en forma privada de [REDACTED] y [REDACTED] ...pasa a pediatría médica. labs (laboratorios) de control"*.

10.3.2. Nota Médica de Urgencias de las 18:14 horas del 25 de febrero de 2012, en la que como diagnóstico se hizo constar: *".. [REDACTED] en estudio...Plan: observación, dieta blanda, sol (solución) mixta, bhc*

(biometría hemática completa), qs (química sanguínea), es, tp, ttp, ego, Rx (radiografía) tele de tórax. A cargo de pediatría”.

10.3.3. Nota Médica de las 06:45 horas con fecha ilegible, en la que se hizo constar: *“El paciente ha evolucionado con [REDACTED] y con temperatura con pico máximo de [REDACTED] °C no ha presentado otros datos agregados sólo [REDACTED] ...(...)...Plan: agregamos nebulizaciones y antihistamínicos al manejo. Nebulizaciones con combivent, budesonide, clorfenamina”.*

10.3.4. Nota Médica de Urgencias de las 22:45 horas del 26 de febrero de 2012, en la que se indicó: *“En sala, estable, tiene indicado su traslado a piso pero nos informan de la vigencia cancelada...(...)...Por el momento continúa en sala. Familiares enterados, mañana se actualizará vigencia”.*

10.3.5. Nota Médica de Urgencias Pediátricas de las 12:00 horas del 27 de febrero de 2012, sin nombre del médico responsable, en la que consta: *“Aún sin resolverse su situación administrativa. Clínicamente el niño ha iniciado la toma de líquidos y la ha tolerado...(...)...Amerita actualizar resultados de labs (laboratorios) pero por el momento no se realizarán por el problema administrativo”.*

10.3.6. Nota de Subdirección Médica de las 18:15 horas del 27 de febrero de 2012, elaborada y firmada por SP3, en la que hizo constar: *“Presentan movimiento afiliatorio de fecha 27-02-2012. Se autoriza permanecer en urgencias y realizar todos los estudios pertinentes y necesarios para el servicio”.*

10.3.7. Nota de Pediatría Médica de las 19:20 horas del 27 de febrero de 2012, en la que se estableció: *“Continúa con fiebre [REDACTED] °C, no sangrado, neurológicamente íntegro, [REDACTED]”.*

██████████, extremidades buen llenado. Pendiente USG (ultrasonografía) y BHC (biometría hemática completa)”.

10.3.8. Estudios de Laboratorio de las 21:50 horas del 27 de febrero de 2012, en los que se observó: “Eritrocitos █████, hb █████, hematocrito █████ plaquetas █████ mil, leucocitos █████ neutrófilos █████ linfocitos █████

10.3.9. Nota Médica de Urgencias Pediátricas, con hora ilegible del 28 de febrero de 2012, elaborada y firmada por AR2, en la que señaló que los resultados de laboratorio recabados el día anterior, reflejaban que V1 tenía █████ y █████ por lo que solicitó valoración por el servicio de Hematología, con diagnóstico de dengue a descartar enfermedad mieloproliferativa (producción excesiva de glóbulos blancos).

10.3.10. Nota Médica de Hematología de las 14:30 horas del 28 de febrero de 2012, elaborada y firmada por AR1, en la que hizo constar: “De acuerdo a notas previas se tiene que desc. (descartar) █████ █████ █████

10.3.11. Nota de Evolución de las 17:35 horas del 29 de febrero de 2012, elaborada y firmada por AR3, en la que indicó: “Paciente que ha sido valorado por █████ quien inicia tratamiento así como aspirado de █████ por la mañana, con █████ ...Plan: inicia tratamiento con vincristina, epirrubinica y prednisona, pendiente transfundir 1 PG (paquete globular). Se toma PFH (pruebas de función hepática) esperando estudios de laboratorio para pbe (posible) egreso. Paciente █████

10.3.12. Nota de Evolución de Pediatría de las 12:00 horas del 1 de marzo de 2012, elaborada y firmada por AR2, en la que consta: "...dx. (diagnóstico) de [REDACTED] riesgo estándar, ayer se inició [REDACTED] por la tarde y queda pendiente la [REDACTED] la cual se realizará posterior a las 14:30 hrs. ya que banco de sangre nos dio ese horario...(...)...se insiste en su dx, ya que hoy no contamos con el servicio de hematología por permiso de 2 días de hosp".

10.3.13. Nota de Hematología con hora ilegible del 1 de marzo de 2012, elaborada y firmada por AR1, en la que consta: [REDACTED], [REDACTED]. Plan: se inicia tx (tratamiento) con vincristina 0.8 mg, epirubicina 20 mg, prednisona 25 mg. Px (pronóstico): se espera bueno. Transfundir 1 U (unidad) de paq glob y toma de PFH (pruebas de función hepática). Alta y cita a la consulta externa en tres días".

10.3.14. Nota de Evolución de las 23:38 horas del 1 de marzo de 2012, elaborada y firmada por AR4, en la que respecto de V1 consta: "Refieren intolerancia a la vía oral, irritable, enfermería reportando signos vitales estables, el familiar reporta [REDACTED] [REDACTED] Plan: continuamos mismo manejo, pendiente de picos febriles, agregamos NUS simples por congestión nasal. Se infiltra y ya no canalizamos. Pbe alta el día de mañana por indicación previa nota de hematología para tratamiento posterior en nueva consulta".

10.3.15. Nota de Evolución de las 17:53 horas del 2 de marzo de 2012, elaborada y firmada por AR5, en la que respecto de V1 consta: "Plan: solicitaremos nuevo control BHC (biometría hemática completa), ya pendientes de curva térmica, agregamos antihistamínico VO y

nebulizaciones. Paciente que cursa aparentemente con [REDACTED] por lo que se decide mantener en observación y aislado para protección del mismo, paciente grave, estable con pronóstico reservado a evolución”.

10.3.16. Nota de Alta de Pediatría con hora ilegible del 3 de marzo de 2012, elaborada y firmada por AR6, en la que se hizo constar: “Fecha de ingreso: 28-02-12, fecha de egreso: 03-03-12. Idx ingreso: [REDACTED] en estudio, descartar síndrome mieloproliferativo. Idx egreso: [REDACTED] [REDACTED]. Motivo de egreso: mejoría...(…)...es valorado por hematología el día 01-03-2012 con hb de [REDACTED], L [REDACTED], nt [REDACTED], L 3 [REDACTED], plaq [REDACTED] resultados de [REDACTED] [REDACTED]. El paciente recibió tratamiento con [REDACTED] el día 29-02-2012...(…)...El 1ro de marzo 2012 se transfundió pg [REDACTED] ml sin complicaciones...(…)...Clínicamente en buenas condiciones generales para egresar. Plan: alta del servicio...”.

10.3.17. Estudio de inmunofenotipo de V1 realizado por un laboratorio particular a solicitud del Instituto Mexicano del Seguro Social, de 3 de julio de 2013, en el que se concluyó: “NO INMUNOPHENOTYPIC ABNORMALITIES DETECTED (no se identificaron anomalías inmunofenotípicas)”.

11. Oficio HN/DH/UAJ/0267/2014 de 22 de marzo de 2014, signado por el director del Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño de la Secretaría de Salud del estado de Tabasco, a través del cual rindió un informe de la atención médica brindada a V1 en esa unidad hospitalaria, y al que adjuntó copia del expediente clínico del paciente, del que destacan las constancias siguientes:

11.1. Nota de Valoración Oncológica de las 12:15 horas del 6 de marzo de 2012, elaborada y firmada por SP7, en la que consta: “Lo trae la madre en forma voluntaria para valoración física. La [REDACTED] refiere que al paciente lo diagnosticaron con [REDACTED]. De acuerdo al resumen de

egreso del día 03-03-2012, ya se inició con tratamiento de inducción a la remisión en su lugar de origen...(…)...Plan: se solicita biometría hemática urgente en laboratorio de oncología”.

11.2. Nota de Valoración Oncológica de las 12:40 horas del 6 de marzo de 2012, elaborada y firmada por SP7, en la que se hizo constar: *“Se recibe resultado de biometría hemática encontrando [REDACTED], [REDACTED] de neutrófilos y [REDACTED] plaquetas. Se recomienda a los padres la necesidad de hospitalización dada las condiciones del paciente...(…)...Se explica a los padres la gravedad”.*

11.3. Nota de Egreso por Defunción de las 02:00 horas del [REDACTED] elaborada y firmada por SP8, en la que respecto de V1 estableció: *“PA: ingresa con historia de [REDACTED], con [REDACTED] [REDACTED]. Se le realizan labs los cuales reportan pancitopenia con plaquetas de [REDACTED] y hemoglobina de [REDACTED] g/dl, así como [REDACTED] Paciente quien durante su estancia presentó [REDACTED], por lo que requirió asegurar vía aérea, también se realizó [REDACTED] y concentrados plaquetarios, sin embargo continuó con datos de sangrado abundante por [REDACTED], posteriormente [REDACTED] hasta llegar a [REDACTED] el cual es asistido de inmediato requiriendo tres rondas de medicamentos y maniobras avanzadas de reanimación a lo cual no remite la asistolia, por lo que se declara fallecido a las 01:45 horas del [REDACTED]*

11.4. Certificado de Defunción en el que se estableció como fecha y hora de fallecimiento de V1 las 01:45 horas del [REDACTED] como causa de la muerte: *“i) [REDACTED] ii) [REDACTED] iii) [REDACTED] iv) [REDACTED]*

12. Oficio 572, de 26 de marzo de 2015, por el que el Juzgado Décimocuarto de Distrito en el Estado de Veracruz, remitió copia certificada de la CP2, de la que destaca el dictamen técnico médico institucional de 3 de septiembre de 2013,

elaborado por la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz.

13. Dictamen Médico del 29 de septiembre de 2016, emitido por una médica legista de esta Comisión Nacional respecto de la atención brindada a V1 en el Hospital General en Coatzacoalcos, Veracruz.

14. Oficio 355, de 8 de marzo de 2017, por el cual el Juzgado Décimocuarto de Distrito en el Estado de Veracruz envió copia certificada de la sentencia dictada en la CP2.

15. Oficio 095217614BB1/1229, recibido en este Organismo Nacional el 23 de mayo de 2017, firmado por el titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, por el que informó que el 22 de octubre de 2014, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico resolvió que la única desviación que existió durante la atención médica brindada a V1 fue haber incumplido con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, "*Del Expediente Clínico*", por lo que se dio vista al Órgano Interno de Control en ese Instituto, instancia que el 26 de abril de 2017, resolvió imponer a AR1 una sanción administrativa consistente en amonestación pública.

16. Oficio 1731, de 20 de septiembre de 2017, por el cual el Tribunal Colegiado en Materias Penal y de Trabajo del Décimo Circuito informó el estado actual del JAD promovido por AR1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

17. Con motivo del deceso de V1, el 28 de abril de 2012 Q presentó denuncia ante el agente del Ministerio Público del fuero común en Coatzacoalcos, Veracruz, quien dio inicio a la averiguación previa AP y con cuya consignación el 1 de octubre de 2013, AR1 fue vinculada a proceso por el delito de homicidio culposo dentro de la

causa penal CP1 radicada en el Juzgado Primero de Primera Instancia de la misma ciudad.

18. Posteriormente, por razón de competencia, la CP1 fue remitida al Juzgado Décimocuarto de Distrito en el estado de Veracruz, radicándose la CP2, en la que el 12 de noviembre de 2015 se dictó sentencia condenatoria a AR1, consistente en tres años de prisión y de suspensión en el ejercicio profesional, al encontrarla como responsable del delito de homicidio culposo en agravio de V1.

19. Inconforme con la pena impuesta a AR1, el 4 de diciembre de 2015, el agente del Ministerio Público de la Federación interpuso recurso de apelación en contra de la sentencia definitiva de mérito. Condena que fue confirmada en el Toca Penal, el 15 de abril de 2016, por el Primer Tribunal Unitario del Décimo Circuito en Villahermosa, Tabasco. Posteriormente, el 19 de mayo del mismo año, el Tribunal Colegiado en Materias Penal y de Trabajo del Décimo Circuito en la misma ciudad, admitió a trámite un juicio de amparo presentado por AR1, radicándose el JAD, mismo que continua *sub judice*.

20. El 23 de mayo de 2017, se recibió en esta Comisión Nacional el oficio 095217614BB1/1229, mediante el cual el IMSS informó que el 22 de octubre de 2014, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico en la QA determinó que la única desviación que existió durante la atención médica brindada a V1 fue no haber requisado los formatos de Consentimiento Bajo Información para la realización del [REDACTED], administración de [REDACTED] e ingreso a Urgencias, por lo que se dio vista al Órgano Interno de Control en el mismo Instituto; instancia que el 26 de abril de 2017 resolvió imponer a AR1 una sanción administrativa consistente en amonestación pública.

IV. OBSERVACIONES

21. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2013/7600/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en el caso se cuenta con elementos que permiten evidenciar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, personal médico del Hospital General del IMSS en Coatzacoalcos, Veracruz, vulnerando con ello el principio del Interés Superior de la Niñez, de acuerdo a las siguientes consideraciones.

Derecho a la protección de la salud.

22. La protección a la salud es un derecho humano vital e 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 su más alto nivel¹.

23. El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

24. En el artículo 1º de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, señala que: *“...la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”*

¹ CNDH. Recomendación 66/1016, pág. 28.

25. En este sentido, el 23 de abril de 2009 esta Comisión Nacional emitió la Recomendación General número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, en la que se afirmó que *“el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, y que tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.”*

26. En razonamientos establecidos por la Suprema Corte de Justicia de la Nación relacionados con el derecho a la salud y su protección², dicho órgano colegiado ha señalado que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo esta como la exigencia de ser apropiados médica y científicamente.

27. En el caso en estudio, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advierte que el 25 de febrero de 2012, aproximadamente a las 18:14 horas, V1, [REDACTED] ingresó al servicio de Urgencias del Hospital General, ocasión en que un médico que no se pudo identificar debido a que sus datos no se encuentran en la nota médica respectiva, examinó unos estudios de laboratorio que llevaba la madre del paciente, los cuales evidenciaban valores de hemoglobina de [REDACTED] g/l siendo el parámetro normal entre 12.2 y 18.1 g/l, leucocitos de [REDACTED] mil siendo lo normal entre 4.6 y 10.2 mil y plaquetas [REDACTED] cuando lo normal es entre 142 a 424 mil. Estos datos indicaban que había una alteración que implicaba una disminución en la [REDACTED], por lo que ameritaba que V1 fuera ingresado de forma inmediata y se le realizaran los estudios de laboratorio para poder determinar un diagnóstico.

28. El referido médico ingresó a V1 al área de observación de Urgencias con diagnóstico de probable síndrome febril e indicó como plan de manejo la

² Primera Sala, Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

administración de soluciones y la toma de nuevos estudios de laboratorio y una placa radiográfica.

29. En una nota médica realizada a las 10:06 horas del 25 de febrero de 2012, en la que el nombre del médico que la elaboró igualmente es ilegible, se mencionó que V1 presentaba [REDACTED] la cual con médicos particulares había sido tratada con ceftriaxona. El galeno que elaboró la referida constancia señaló que ese antibiótico podría ser el causante de las alteraciones hematológicas que presentaba el paciente, toda vez que la [REDACTED] y la [REDACTED] se encontraba entre sus reacciones colaterales, por lo que solicitó el ingreso de V1 al piso de Pediatría para continuar con su valoración.

30. Como se advierte de la nota de las 22:45 horas del 26 de febrero de 2012, cuyo nombre del médico que la elaboró se desconoce por encontrarse ilegible, el ingreso de V1 al servicio de Pediatría fue postergado debido a que su vigencia de derechos se encontraba cancelada, por lo que se tuvo que esperar al día siguiente para actualizarla, según se advierte de nota médica elaborada por SP3 a las 18:15 horas del día 27 del mes y año citados, en la que estableció: *“Se autoriza permanecer en urgencias y realizar todos los estudios pertinentes y necesarios para el servicio.”* Este actuar ocasionó que no se realizaran de forma inmediata los estudios paraclínicos solicitados, condicionando una dilación en el manejo integral de V1, siendo que la falta de vigencia de derechos no es un obstáculo para que recibiera la atención médica adecuada.

31. De igual manera, la médico de este Organismo Nacional determinó que durante el lapso de veinte horas en que V1 debió ser ingresado al servicio de Pediatría, no se realizaron los estudios paraclínicos solicitados, lo que generó dilación en el manejo integral del paciente, transgrediendo así lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013 referente a la Regulación de los Servicios de Salud que establece los Criterios de Funcionamiento y Atención en los Servicios de Urgencias de los establecimientos para la atención médica, pues hasta las 19:20

horas del 27 de febrero de 2012, fue que se solicitó nuevamente la realización de estudios de laboratorio y un ultrasonido hepático y de vías biliares.

32. Los últimos estudios de laboratorio solicitados fueron recabados aproximadamente dos horas después, y en estos se evidenció un descenso de [REDACTED] g/l (normal 12.2-18.1 g/l), plaquetas [REDACTED] (normal 142-424 mil) y leucocitos [REDACTED] (normal 4.6-10.2 mil) con relación a los resultados anteriores; asimismo, la radiografía realizada a V1 mostró [REDACTED], por lo que con la finalidad de descartar la presencia de dengue o de alguna patología hematológica, AR5 solicitó interconsulta con el servicio de Hematología.

33. El 28 de febrero de 2012, V1 fue valorado por la hematóloga AR1, quien en su nota de las 14:30 horas indicó que era necesario descartar un proceso canceroso contra un problema de aplasia medular (falta de producción celular en médula ósea), por lo que era necesario realizar un [REDACTED], estudio que fue realizado un día después.

34. La médico de esta Comisión Nacional destacó que en la nota de evolución de las 17:35 horas del 29 de febrero de 2012, AR3 mencionó que derivado del [REDACTED] [REDACTED] que por la mañana realizó AR1 a V1, esta última había determinado que el paciente cursaba con [REDACTED] riesgo estándar, debido a que [REDACTED], por lo que acordó iniciar tratamiento de [REDACTED] quedando pendiente la transfusión de un paquete globular posterior a la administración de dichos medicamentos. Cabe advertir que el diagnóstico que AR1 emitió fue prematuro, toda vez que antes de pronunciarse y establecer el tratamiento de quimioterapia para V1, debió haber confirmado el diagnóstico con los estudios de laboratorio, lo cual no sucedió, ya que los resultados se obtendrían 3 o 4 meses después y al tomar la decisión del tratamiento de quimioterapia sin confirmar el diagnóstico, propició con ello el deterioro en la salud de V1.

35. Cabe resaltar que en el expediente clínico de V1, no se encuentra la nota médica donde se describe el procedimiento de [REDACTED], sin embargo, como se señaló en el párrafo anterior, AR3 lo refirió en su nota médica el 29 de febrero de 2012 a las 17:35 horas.

36. En la nota de evolución de Pediatría de las 12:00 horas del 1 de marzo de 2012, AR2 asentó que de acuerdo a las indicaciones de AR1, el paciente sería transfundido después de las 14:30 horas de ese día, sin embargo, continuaría con el mismo tratamiento, pues temporalmente no se contaba con el servicio de Hematología debido a un permiso solicitado por AR1 para ausentarse por dos días.

37. De acuerdo con las notas médicas, el 1 de marzo del 2012 AR1 valoró a V1, y en la correspondiente nota médica ratificó el diagnóstico de [REDACTED], indicando como plan de manejo vincristina, epirubicina y prednisona, así como la transfusión de un paquete globular y toma de pruebas de función hepática mencionando que el pronóstico se esperaba bueno e indicando el alta de V1 con cita a la consulta externa de hematología en tres días. Diagnóstico, tratamiento y alta médica que no cumplieron con los procedimientos previamente establecidos, toda vez que el diagnóstico fue confirmado sin contar con los resultados del inmunofenotipo, ocasionando con ello que con el tratamiento brindado se pusiera en riesgo la salud y la vida de V1.

38. De igual forma, en la nota de evolución de las 23:38 horas del 1 de marzo de 2012, AR4 estableció que V1 al momento de la revisión presentaba intolerancia a la vía oral, asentando que un familiar hizo de su conocimiento que V1 presentaba [REDACTED] estableciendo AR4 en la nota de evolución que se trataba de [REDACTED] de contenido [REDACTED], además de campos [REDACTED] transmitidos, [REDACTED] presente, señalando que se encontraba pendiente de [REDACTED] reiterando la probable alta, sin realizar anotación u observación alguna respecto de la falta de estudios de laboratorio de control para la alta de V1.

39. En la nota de evolución de Pediatría de las 17:53 horas del 2 de marzo de 2012, AR5 precisó que el paciente se encontraba estable, por lo que solicitaría nuevos estudios de laboratorio de control; sin embargo, estos estudios nunca fueron realizados, pues los mismos no obran en el expediente clínico de V1.

40. Posteriormente, AR6 realizó el alta de V1 del servicio de pediatría describiendo al paciente en buenas condiciones generales egresándolo con loratadina, prednisona y nebulizaciones. Evidenciando la falta de cuidado de AR6 en la verificación de la práctica de los estudios con los cuales se podía determinar si efectivamente V1 era apto para ser dado de alta.

41. En relación con el diagnóstico de [REDACTED] que le fue realizado a V1 por AR1, la médico de este Organismo Nacional estableció que: *“Si bien la bibliografía médica aplicable al caso menciona que el procedimiento diagnóstico por excelencia en todo paciente en quien se sospecha [REDACTED] es el aspirado de médula ósea, también se refiere que si se utiliza este procedimiento como medio único para clasificar las leucemias agudas, puede haber un margen de error diagnóstico, derivado de la capacidad de apreciación morfológica de cada persona y por tanto del tratamiento que se llevará a cabo, por lo que para poder llegar a un diagnóstico certero y establecer un tratamiento adecuado, se debe hacer uso de las clasificaciones inmunológica, citogenética y de biología molecular, situación que en el presente caso no ocurrió, iniciando AR1 con el tratamiento para [REDACTED] basándose únicamente en su clasificación morfológica realizada mediante la observación del aspirado de médula ósea.”*

42. Circunstancia que también fue advertida por la Comisión de Arbitraje Médico del estado de Veracruz, instancia que al emitir el dictamen técnico médico el 3 de septiembre del 2013, señaló que la decisión de AR1 de iniciar tratamiento el día 1 de marzo del 2012, fue una decisión no acorde a los principios científicos y éticos de los ordenamientos para la práctica médica, ya que confió en su sola impresión visual para establecer el diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda, sin tomar en

consideración que en ocasiones puede ser difícil la diferenciación en médula ósea de células compatibles con leucemia y células formadas como respuesta inflamatoria a otro tipo de infecciones, como lo fue en el caso de V1, por lo que era necesario contar con los resultados de los estudios confirmatorios del diagnóstico para poder determinar el tratamiento idóneo del padecimiento que cursaba.

43. Este Organismo Nacional considera que la confirmación del diagnóstico y tratamiento que AR1 aplicó a V1 careció de fundamento, en primer término, porque el estudio de *inmunofenotipo* de 3 de julio de 2013 elaborado por un laboratorio privado a solicitud del IMSS no confirmó el diagnóstico de [REDACTED], pues en el mismo se concluyó que “no se identificaron anormalidades inmunofenotípicas”. Por otra parte, la bibliografía médica requiere la presencia de al menos un 25% de blastos en la médula ósea para confirmar el diagnóstico [REDACTED], o de acuerdo al Instituto Nacional de Salud Pública, la observación de una concentración de blastos que iguale o supere el 30% de la totalidad celular; criterios que en el caso de V1 no se cumplieron, por lo que en opinión de la médica de esta Comisión Nacional no se contó con los elementos técnicos suficientes para confirmar el diagnóstico de AR1 de [REDACTED] e iniciar tratamiento para este padecimiento, sin haberlo confirmado mediante otras pruebas complementarias, en tanto se esperaba el resultado del referido inmunofenotipo.

44. La médica de este Organismo Nacional abundó que de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la [REDACTED] todo paciente de novo [presentación por primera vez de cáncer en el cuerpo] con la sospecha o diagnóstico de [REDACTED] a, como punto de buena práctica, deberá ser enviado del segundo al tercer nivel de atención³ para determinar certeza diagnóstica y realizar estudios complementarios⁴ que determinen el pronóstico y

³ Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Leucemia Linfoblástica Aguda. Pág.20. Punto 4.3.2.1 “Referencia del segundo al tercer nivel de atención”.

⁴ Ibid. Pág.14. Punto 4.2.1 “Diagnóstico. Pruebas Diagnósticas”.

tratamiento, o en su caso, prescribir un tratamiento médico de mantenimiento con la finalidad de regular las condiciones sanguíneas del paciente antes de aplicar un tratamiento [REDACTED], circunstancia que AR1 pasó por alto, ya que de forma inmediata confirmó el diagnóstico y prescribió un tratamiento que no fue acorde al padecimiento de V1.

45. En cuanto a la estatificación del riesgo de la [REDACTED] como “estándar”, la médico de esta Comisión Nacional precisó que: *“tampoco se contó con los datos suficientes para respaldar tal aseveración...(…)...considerándose como riesgo estándar cuando el paciente presenta [REDACTED] tiene una edad de [REDACTED] un recuento leucocitario inicial menor de [REDACTED] y ausencia de alteraciones [REDACTED] situación que en el presente caso nunca fue descartada dado que solamente se realizó un aspirado de médula ósea y la toma de muestras para el inmunofenotipo, cuyo resultado se recabó cuatro meses después”*. Por lo que la estatificación del riesgo que AR1 determinó como “estándar” fue prematura, toda vez que para poder establecerlo debió haber contado con el resultado del inmunofenotipo.

46. Resulta relevante mencionar que en la opinión técnica médica del caso clínico de fecha 7 de noviembre de 2013 (1 año y 9 meses después) realizada por SP2, adscrito al servicio de hematología del IMSS, refiere que el reporte de inmunofenotipo para [REDACTED] dio positivo para ciertos marcadores, sin embargo, el estudio en el que se basó esa opinión técnica concluyó que la información clínica para evaluación de [REDACTED] se encontraba dentro del rango con una viabilidad del 95% sin que se identificaran anormalidades inmunofenotípicas, desconociendo los elementos técnicos en que se basó esta opinión, por lo que este Organismo Nacional advierte que el informe mencionado es contradictorio, toda vez que en el mismo se estableció que el reporte de inmunofenotipo para leucemia dio positivo y posteriormente se señala que no se identificaron anormalidades inmunofenotípicas.

47. Dado que V1 presentaba [REDACTED], y el estudio de inmunofenotipo no sería emitido rápidamente, AR1 debió otorgar un tratamiento de mantenimiento para regularizar las condiciones sanguíneas de V1, además de realizar otros estudios de diagnóstico complementarios.

48. Al no existir un diagnóstico certero, el tratamiento administrado tampoco era el indicado, pues en las constancias médicas existentes en el expediente clínico de V1, no se encontraron datos que sustentaran criterios para iniciar un tratamiento [REDACTED] inmediato. Es importante mencionar que de acuerdo a lo establecido en el dictamen emitido por este Organismo Nacional, la acción de los medicamentos de quimioterapia conlleva una serie de efectos secundarios como adinamia (cansancio), alopecia (caída de cabello), fragilidad capilar (sangrados y moretones frecuentes), susceptibilidad a infecciones, anemia (disminución de glóbulos rojos), náuseas, vómito, diarrea, alteraciones nerviosas (hormigueo, dolor) e inapetencia, debido a que estos tratamientos no solo ejercen su efecto sobre las células tumorales sino también sobre tejido sano, por lo que el médico tratante debe asumir los riesgos y beneficios de la toxicidad inherente de estos fármacos.

49. No obstante lo anterior, AR1 no previó la toxicidad de la quimioterapia y egresó precipitadamente a V1 de su internamiento hospitalario, sin haber corroborado ella misma los estudios de control posterior a la quimioterapia y a la transfusión independientemente que no haya dado de alta definitiva de su servicio a V1, en consecuencia, incurrió en falta de cuidado no solamente por haber iniciado un tratamiento equívoco, sino también por no presentar un buen apego al paciente ni otorgarle un adecuado seguimiento posterior a la administración de la quimioterapia.

50. Respecto de la dilación en el ingreso de V1 al servicio de Pediatría, como se desprende del dictamen emitido por la médico legista de esta Comisión Nacional, se estableció que al haber transcurrido aproximadamente veinte horas desde que V1 debió haber sido ingresado al piso de Pediatría, el Hospital General infringió los lineamientos establecidos en el numeral 5.6 de la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios*

de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”, que indica: “Los pacientes no deberán permanecer más de 12 horas en el servicio de urgencias por causas atribuibles a la atención médica. Durante ese lapso, se deberá establecer un diagnóstico presuntivo, su manejo y pronóstico inicial, con la finalidad de que el médico determine las posibles acciones terapéuticas que se deberán llevar a cabo dentro y fuera de dicho servicio, para la estabilización y manejo del paciente.”

51. En consecuencia, el personal médico transgredió además el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que dispone: *“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.”*, concatenado con el diverso 127 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS que con relación a los no derechohabientes establece: *“...podrán recibir la atención hospitalaria y quirúrgica integral, incluidos servicios profesionales, medicamentos y auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y demás insumos para la salud, mismos que serán facturados en forma individual y a través de los procedimientos administrativos y contables que para tal fin se establezcan.”*

52. Asimismo, al no contar con otro médico de base en Hematología que cubriera el permiso temporal solicitado por AR1, el Hospital General incumplió con el artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica que señala: *“En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo a las Normas Técnicas correspondientes, con personal suficiente e idóneo,”* en relación con el diverso 26 del mismo ordenamiento reglamentario que establece: *“Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas técnicas...”*

53. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la Observación General No. 14 sobre *“el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, enumera los elementos básicos del derecho a la salud, siendo éstos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad. En cuanto a la disponibilidad, el Comité indicó que en los *“establecimientos públicos de salud”* no puede faltar *“personal médico y capacitado”*. En ese sentido, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos advierte que la falta de personal médico especializado constituye responsabilidad institucional que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud.

54. Del expediente clínico de V1 se advierte que en el mismo AR1 omitió señalar la fecha y hora en que se le realizó el procedimiento de [REDACTED], circunstancia que constituye incumplimiento al artículo 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, en el que se señala que el personal de salud *“deberá dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional, sobre los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes”*.

55. La médico de este Organismo Nacional concluyó que la atención médica proporcionada por AR1 a V1 en el Hospital General fue inadecuada, incurriendo en negligencia por omisión al no haber solicitado otros estudios de laboratorio para corroborar el diagnóstico de [REDACTED], así como por no sugerir el envío del paciente a un tercer nivel de atención para confirmación diagnóstica y, por ende, proporcionó un tratamiento inespecífico, del cual a su vez no llevó un seguimiento adecuado, egresando finalmente de forma precipitada a V1, situación que contribuyó al deterioro del estado de salud y su posterior fallecimiento.

56. Por lo que hace a la deficiente actuación de AR1, debe señalarse que dentro de las evidencias citadas por esta Comisión Nacional también en el dictamen técnico médico institucional de 3 de septiembre de 2013, elaborado por la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz, quedó establecido que: *“...esta institución considera que al no haber indicación para la quimioterapia en ese momento y haber solicitado el inmunofenotipo, lo procedente por parte de AR1, aún bajo la presunción*

diagnóstica que se tenía, era vigilar al paciente (V1) proporcionando medidas generales de sostén en lo que se disponía del inmunofenotipo para confirmación diagnóstica y clasificación de línea celular preponderante. Su decisión de iniciar tratamiento a base de prednisona, vincristina, epirrubicina y L-asparaginasa el día 01-03-12, tomada por AR1, fue una decisión no acorde a los principios científicos y éticos aplicables en el caso...”

57. La deficiente atención médica brindada por AR1 a V1 fue analizada y sancionada por el Juez Décimocuarto de Distrito en el Estado de Veracruz, quien el 12 de noviembre de 2015 dictó sentencia condenatoria dentro de los autos de la CP2, tomando como base entre otros elementos de prueba el dictamen técnico médico institucional emitido por la Comisión de Arbitraje Médico de esa entidad, y consideró a AR1 como penalmente responsable del delito de homicidio culposo cometido contra V1.

58. Con relación al precipitado egreso de V1, la médico de esta Comisión Nacional precisó que AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 incurrieron en negligencia por omisión, al haber permitido la salida hospitalaria de V1 en condiciones de [REDACTED] lo que igualmente contribuyó al deterioro de su salud.

59. Dado que V1 fue egresado de forma precipitada de su internamiento hospitalario, sin que se le hubiera proporcionado vigilancia médica estrecha, aun teniendo en cuenta las condiciones hematológicas que presentaba al momento de su alta hospitalaria, ocasionó que 3 días después, [REDACTED], a las 12:15 horas debido a la persistencia del mal estado general, fuera ingresado al Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño “Doctor Rodolfo Nieto Padrón” en Villahermosa, Tabasco, donde por sus condiciones hematológicas fue referido como paciente grave con riesgo de muerte inminente persistiendo con malas condiciones y sin respuesta al tratamiento médico administrado, falleciendo al día siguiente, [REDACTED]

60. De igual manera, la médico de esta Comisión Nacional señaló que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 omitieron recabar la carta de consentimiento informado del ingreso de V1 al Hospital General o realizar anotación alguna respecto de la ausencia del consentimiento informado de Q; además de que AR1, previamente a dar inicio al tratamiento de [REDACTED] de V1, omitió recabar el consentimiento informado de Q, a través del cual autorizara la ejecución de ese procedimiento terapéutico, con lo que se incurrió en inobservancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, "*Del Expediente Clínico*", que en su numeral 10 establece que existen documentos del ámbito ambulatorio u hospitalario que por ser elaborados por personal médico, técnico o administrativo, obligatoriamente deben formar parte del expediente clínico, encontrándose, entre éstos, las cartas de consentimiento informado, las cuales deben elaborarse preferentemente al ingreso hospitalario y en procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.

61. El consentimiento informado es uno de los derechos que subyace en el derecho a la información y se refiere a que los servicios médicos faciliten información completa sobre efectos, riesgos y beneficios de los distintos tratamientos que existen para la atención de las enfermedades y respeten la elección de las y los usuarios/as, o de ser el caso, su representante legal o familiar más cercano. Por lo anterior, las y los proveedores de servicios de salud deben garantizar que las usuarios/as den su consentimiento informado para cualquier procedimiento clínico o quirúrgico, debiendo respetar de forma absoluta su decisión.

62. En conclusión, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, personal médico del Hospital que intervino en los hechos incumplieron con su deber de garantizar con calidad y oportunidad los servicios de salud, lo que trajo consigo una inadecuada atención médica para V1, contraviniendo lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27 fracción III; 32, 33, fracciones I y II; 61 fracción I, 77 bis 9, fracciones V y VIII de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3-2012, "*De/*

Expediente Clínico” y NOM-027-SSA3-2013, “Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”, así como de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Leucemia Linfoblástica Aguda, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V1, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, así como lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

Derecho a la vida.

63. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son 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 Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre,⁵ y 6.1. de la Convención sobre los Derechos del Niño.

64. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.

⁵ CNDH. Recomendación 66/2016, párr.33.

65. En el caso “*Niños de la Calle vs. Guatemala*” la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CridH) señaló que la protección activa del derecho a la vida por parte del Estado, involucra a todas sus instituciones.⁶

66. En concordancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes.⁷

67. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por el personal médico del Hospital General, son reproducidas como soporte y permiten acreditar la violación a su derecho a la vida.

68. En el Dictamen Médico de este Organismo Nacional se concluyó que la atención médica proporcionada a V1 por parte de AR1 “...fue inadecuada, incurriendo en negligencia médica por omisión al no solicitar otros estudios de laboratorio para corroborar el diagnóstico de [REDACTED], ni sugerir su envío a una unidad de tercer nivel de atención para su confirmación diagnóstica y, por ende, proporcionó un tratamiento inespecífico, del cual a su vez, no llevó un seguimiento adecuado (estudios de control posterior a la [REDACTED], egresando precipitadamente al paciente, situación que contribuyó al deterioro de su estado de salud y a su posterior fallecimiento”. Por lo que al no cumplir AR1 con los protocolos

⁶ “Caso ‘Niños de la Calle’ (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala”, Sentencia de Fondo, 19 de noviembre de 1999, párr. 144.

⁷ CNDH. Recomendación 47/2016, párr.63.

de atención, diagnóstico y seguimiento previamente establecidos, resulta evidente la negligencia médica en la que incurrió, propiciando con ello el fallecimiento de V1.

69. Sirve de apoyo los siguientes criterios orientadores emitidos por los Tribunales Colegiados de Circuito⁸, y por la Primera Sala⁹, que resolvieron que *“El ejercicio de la medicina está fundamentado en que el profesional que la práctica: a) posee conocimientos científicos; b) permanentemente se actualiza; c) ha desarrollado las habilidades y destrezas que le permiten una interpretación correcta de los síntomas y signos que presenta un paciente; y d) formule un diagnóstico probable que debe afirmarse o descartarse con la realización de los procedimientos y exámenes para aplicar los tratamientos pertinentes...”*. *“...el hecho de realizar un diagnóstico sin la diligencia debida por parte del personal médico, constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes, riesgo que no se encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina”*. Por lo anterior, este Organismo Nacional advierte que en un principio AR1 aplicó los conocimientos necesarios en la enfermedad que cursaba V1, al determinar los estudios de laboratorio que requería, sin embargo, al omitir apegarse a los procedimientos médicos previamente establecidos para brindar una atención adecuada en la confirmación del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los mismos se violentó el derecho a la salud y a la vida de V1.

70. Por lo expuesto, concatenando cada evidencia referida y analizando los sucesos de manera integral, se advierte que las conductas desplegadas en el presente caso por AR1, repercutieron en el deterioro de la salud y posterior fallecimiento de V1, vulnerando con ello su derecho humano a la vida.

⁸ “PRÁCTICA MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE LOS CONCEPTOS INDICACIÓN Y LEX ARTIS, PARA DETERMINAR SI SE AJUSTA A LA TÉCNICA CORRECTA”, Semanario Judicial de la Federación, octubre 2013, Registro 2004743.

⁹ “MALA PRÁCTICA MÉDICA. DIAGNÓSTICO ERRÓNEO COMO ELEMENTO PARA DETERMINAR SU EXISTENCIA”, Semanario Judicial de la Federación, enero 2013, Registro 2002570.

Principio del Interés Superior de la Niñez

71. De conformidad con lo establecido en el artículo 4º, párrafo noveno de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos “...*todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos...*”.

72. De igual forma, la Convención sobre los Derechos del Niño, en su artículo 3º, establece que “*en todas las medidas que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos*” concernientes a los niños, se atenderá su interés superior.

73. En concordancia con lo anterior, el artículo 1.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos refiere que las autoridades del Estado tienen el deber no sólo de respetar los derechos humanos de las personas, sino también, de garantizar su libre y pleno ejercicio sin discriminación alguna.

74. La CrIDH en el “*Caso Furlán y Familiares vs. Argentina*”¹⁰ ha establecido que el interés superior del niño como “*principio regulador de la normativa de los derechos del niño se funda en la dignidad misma del ser humano, en las características propias de las niñas y los niños, y en la necesidad de propiciar el desarrollo de éstos, con pleno aprovechamiento de sus potencialidades*”. Asimismo, que el preámbulo de la Convención sobre los Derechos del Niño establece que éste requiere cuidados especiales, por lo que es preciso ponderar no sólo el requerimiento de medidas particulares, sino también las características propias de la situación en la que se hallen la niña, niño o adolescente.¹¹

75. La “*Observación General número 14*”, sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial del Comité de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas, (Artículo 3, párrafo 1)¹² señala que “*la*

¹⁰ Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 31 de agosto de 2012, párr. 126.

¹¹ CNDH. Recomendación 3/2016, párr. 85.

¹² Introducción, inciso A, numeral 5.

plena aplicación del concepto de interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral y espiritual holísticas del niño y promover su dignidad humana...”

76. En jurisprudencia firme, la Suprema Corte de Justicia de la Nación¹³ estableció que *“el principio del interés superior del menor de edad implica que la protección de sus derechos debe realizarse por parte de las autoridades a través de medidas reforzadas o agravadas en todos los ámbitos que estén relacionados directa o indirectamente con los niños, niñas y adolescentes, ya que sus intereses deben protegerse siempre con una mayor intensidad.”*

77. Del análisis de las evidencias reseñadas se advierte que no obstante que V1 en su calidad de ■■■■ requería de una mayor protección, no sólo por la situación de vulnerabilidad clínica en que llegó al Hospital General, sino también por el interés específico de la sociedad en velar porque los niños, niñas y adolescentes disfruten del más alto nivel posible de salud, entendiéndose como un derecho inclusivo que no sólo abarca la prevención oportuna y apropiada de enfermedades, la promoción de la salud y los servicios paliativos, de curación y de rehabilitación, sino también el derecho de las niñas y niños a la máxima medida posible de supervivencia y desarrollo de la personalidad.

78. En ese sentido, es evidente que en el presente caso AR1 dejó de atender las consideraciones expuestas respecto del interés superior de la niñez en agravio de V1, pues, al no cumplir con el protocolo para el diagnóstico y tratamiento de ■■■■ establecido en la Guía de Práctica Clínica y la bibliografía médica aplicable, y haber indicado el egreso de V1 en condiciones ■■■■, AR1 incumplió con su obligación de procurarle la asistencia y

¹³ “INTERÉS SUPERIOR DE LOS MENORES DE EDAD. NECESIDAD DE UN ESCRUTINIO ESTRICTO CUANDO SE AFECTEN SUS INTERESES.” Pleno, septiembre de 2016. Semanario Judicial de la Federación, registro 2012592.

los cuidados que requería para lograr la restauración de su salud, y con ello garantizar en la máxima medida posible su supervivencia y desarrollo.

79. A la par de la atención negligente brindada por AR1, este Organismo Nacional observó que AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 omitieron solicitar estudios de control para V1 posterior a habersele administrado la quimioterapia, asimismo, no obstante que V1 había sido reportado como grave, los referidos galenos permitieron su egreso en condiciones de [REDACTED] brindando de esa manera únicamente un manejo expectante con respecto a las indicaciones de AR1.

80. Al no haber generado ninguna acción a favor del menor, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, por una parte incumplieron con su deber de proporcionar una atención médica con calidad y oportunidad para proteger y restaurar la salud de V1 y, por otra, al igual que AR1, vulneraron en su agravio, sus derechos humanos a la protección de la salud, dejando además de considerar el interés superior de la niñez a que estaban obligados, todo esto como aspectos inherentes a la dignidad humana.

81. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 transgredieron los artículos 4°, párrafo noveno, constitucional; 1, 3 inciso A y 4, de la Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, vigente al momento de los hechos; 19 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos; 12.2 inciso a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; principios 2 y 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos que en términos generales señalan que en la toma de decisiones en los que se encuentren relacionados menores de edad, se debe atender primordialmente el interés superior de la niñez.

Inobservancia de la normatividad sobre el expediente clínico.

82. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advierte que en las notas médicas del 25 y 26 de febrero de 2012, se omitió asentar el nombre completo, cargo, rango y matrícula del médico tratante, a lo que se suma ilegibilidad de la información y uso de abreviaturas, infringiendo con ello los numerales 5.10 de la

NOM-004-SSA3-2012, “Del Expediente Clínico”, que estatuyen: “Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.”, y 5.11: “Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.”

83. Asimismo, en la nota médica del día 29 de febrero de 2012 se omitió señalar la fecha y hora en que se le practicó a V1 el [REDACTED], circunstancia que constituye incumplimiento al artículo 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, en el que se señala que el personal de salud “deberá dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional, sobre los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes”.

84. También se evidenció que en el expediente clínico de V1, no obran las cartas de consentimiento informado de ingreso al Hospital General y de la aceptación del procedimiento [REDACTED] proporcionado a V1, incumpliendo el numeral 10 de la citada NOM-004-SSA3-2012 que con relación a esas constancias médicas, ordena que: “obligatoriamente deben formar parte del expediente clínico”.

85. Para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, las irregularidades descritas en el párrafo anterior vulneran el derecho de las víctimas y sus familiares de conocer la verdad, respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud, siendo esto un obstáculo para conocer el expediente clínico de forma detallada de los pacientes con el fin de deslindar las responsabilidades correspondientes.

86. También se ha enfatizado en la necesidad que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la NOM-004-SSA3-2012, “Del Expediente Clínico”, en la que se describe la obligación de los citados prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las

responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como lo ha venido sosteniendo esta Comisión Nacional en diversos precedentes de Recomendaciones, entre otras, la 39/2015 y 40/2016, de las que destaca:

“La apropiada integración del expediente clínico (...) [en términos de lo que dispone la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del Expediente Clínico”], es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que, como parte de la prevención a que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la citada norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.”

87. En la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad”*¹⁴.

88. Resulta aplicable en la especie, la sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador” del 22 de noviembre de 2007, emitida por la CrIDH, en cuyo párrafo 68 refiere: *“...la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.”*; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico constituye una de las omisiones que deben analizarse y

¹⁴ CNDH. Recomendación General 29 sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, del 31 de enero de 2017, párr. 35.

valorarse en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

Responsabilidad

89. Como ha quedado acreditado, la responsabilidad de AR1 deviene de no haber solicitado otros estudios de laboratorio para confirmar la apreciación que ella advirtió del [REDACTED], así como por no instruir el envío de V1 hacia una unidad médica de tercer nivel de atención para su confirmación diagnóstica, egresando de forma precipitada al paciente, lo que contribuyó al deterioro de su estado de salud y ulterior fallecimiento.

90. Por cuanto hace a AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 se observó que incurrieron en negligencia por omisión, al no haber solicitado estudios de laboratorio de control de V1 posterior a habersele administrado la [REDACTED], brindando en ese sentido una actitud pasiva, y por haber permitido la salida hospitalaria [REDACTED] en condiciones de [REDACTED] lo que igualmente contribuyó al deterioro del estado de salud del paciente.

91. Las irregularidades advertidas en la integración del expediente clínico de V1, constituyen responsabilidad para AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, médicos que infringieron los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, en cuanto a la deficiente elaboración de las notas de Medicina, así como por la omisión de recabar las cartas de consentimiento referentes a los servicios de salud brindados a V1.

92. Finalmente, existe responsabilidad institucional por parte del IMSS, toda vez que el 26 de febrero de 2012 el ingreso de V1 al servicio de Pediatría y la realización de los estudios paraclínicos necesarios, se vio postergado por un lapso de veinte horas debido a que la vigencia de derechos se encontraba cancelada, situación que se regularizó hasta el día siguiente, advirtiendo este Organismo Nacional que esa situación no debió ser un obstáculo para que V1 recibiera la atención médica, pues con ello se transgredió lo establecido en el numeral 5.6 de la Norma Oficial Mexicana

NOM-027-SSA3-2013, el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica relacionado con el diverso 127 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS. Además de que los propios médicos reportaron que el Hospital General no contó con personal médico especializado en Hematología, debido al permiso que le otorgaron a AR1, sin que hubiera personal que cubriera el servicio, incumpliendo así con la obligación primordial de salvaguardar la salud de V1, acorde con lo previsto en los artículos 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, que en términos generales establecen que los pacientes tienen derecho a recibir una atención médica de calidad, debiendo ser profesional, éticamente responsable y con apego a los estándares de calidad vigentes.

93. Este Organismo Autónomo acreditó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, personal médico que tuvo a su cargo la atención de V1, incumplieron con sus obligaciones de actuar con eficacia y diligencia, omitiendo lo dispuesto en los artículos 8°, fracciones I y XXIV de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente en la fecha en que sucedieron los hechos así como 303 y 303 A de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación de cumplir con el servicio encomendado y estar sujetos a las responsabilidades civiles, penales y administrativas en que pudieran incurrir como encargados de un servicio público.

94. No pasa desapercibido para este Organismo Nacional que el Órgano Interno de Control en el IMSS, en su momento inició y determinó el correspondiente procedimiento administrativo de responsabilidad a AR1 imponiéndole solamente una amonestación por una irregular integración del expediente clínico y declarando su no responsabilidad en la atención médica a V1; por lo que toda vez que nadie puede ser juzgado dos veces por los mismos hechos, ya sea en el ámbito penal o administrativo, la presente recomendación deberá anexarse al expediente personal de la servidora pública en mención en copia certificada, para todos los efectos legales procedentes.

95. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo, 72, párrafo segundo y 73 párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en este caso con elementos de convicción suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de iniciar el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra de AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 cuya intervención y responsabilidad se describe en esta Recomendación.

96. En caso de que la responsabilidad administrativa haya prescrito, se deberá anexar al expediente personal de los servidores públicos señalados como responsables de violaciones a derechos humanos, copia de la determinación que en su caso emita el Órgano Interno de Control en el IMSS, así como de la presente recomendación.

Reparación Integral del daño y formas para dar cumplimiento

97. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad del Estado, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra lo es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, que de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, prevén la posibilidad de que al evidenciarse 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 la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales, la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado”*.

98. De conformidad con el artículo 1°, párrafos tercero y cuarto, de la Ley General de Víctimas, existe la obligación de las autoridades de todos los ámbitos de gobierno a reparar a las víctimas de una forma integral, y de manera correlativa a esta obligación, el derecho que tienen las víctimas a ser reparadas de manera integral por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones a derechos humanos que les causaron, a través de medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.

I. Rehabilitación

99. El IMSS, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, deberá ofrecer el apoyo psicológico que sea necesario a Q y V2, deberá ser proporcionado por personal profesional especializado y brindarse de forma continua hasta que alcancen su total sanación psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y especificaciones de género. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su previo consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Deberá proporcionarse por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos.

II. Satisfacción

100. Relativo al punto tercero recomendatorio, deberán tomarse las medidas necesarias para verificar que en el Hospital General 36 del IMSS en Coatzacoalcos, Veracruz, cuente con personal suficiente, y la atención médica que se brinde sea oportuna, de calidad, y éticamente responsable, como lo establecen los artículos 18, 19 fracción I y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. El punto recomendatorio se dará por cumplido una vez que se acredite la certificación y recertificación que el personal médico tramite ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para

mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

101. Respecto a la colaboración en la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, para dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio, esa instancia deberá proporcionar en todo momento la información que se le requiera, sin que exista dilación.

III. Garantías de no repetición

102. Respecto al segundo punto recomendatorio, deberá brindarse un curso en materia de derechos humanos dirigido al personal médico y de enfermería del Hospital General 36 del IMSS en Coatzacoalcos, Veracruz relacionado con el tema. El curso deberá ser proporcionado por personal calificado, con experiencia probada y suficiente en los temas del principio del interés superior de la niñez, de las NOM-004-SSA3-2012 *“Del Expediente Clínico”* y NOM-027-SSA3-2013 *“Regulación de los Servicios de Salud. Que establece los Criterios de Funcionamiento y Atención en los Servicios de Urgencias de los establecimientos para la atención médica”*, y de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Leucemia Linfoblástica Aguda. Se tendrá por cumplido con el envío de las constancias del curso realizado.

103. Respecto del punto recomendatorio octavo, como lo establecen los artículos 18, 19 fracción I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica se deberán realizar las gestiones ante las autoridades competentes a efecto de que se amplíe el presupuesto y se este en posibilidad de incrementar el personal médico del Hospital General en el área de Hematología, con el objetivo de que brinde una atención adecuada a sus usuarios.

IV. Compensación

104. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI y VII; 8, 26, 27, 64, fracciones I y II; 67, 88, fracción II; 96, 97, fracción I; 106, 110, fracción IV; 111, 112, 126, fracción VIII; 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, al acreditarse violaciones a los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1, se deberá inscribir a Q y V2 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de tener acceso a los derechos y garantías establecidas para las víctimas, así como al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida Ley.

105. Para reparar integralmente el daño que se establece en el punto primero recomendatorio, deberá tomarse en consideración los daños materiales y morales provocados a los padres de V1, con motivo de las violaciones a sus derechos humanos aquí señalados.

106. Asimismo, por concepto de compensación se deberá pagar una suma de dinero justa y suficiente, cuyo monto podrá establecerse en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y que deberá tomar en consideración los daños morales, provocados por las aflicciones y sufrimientos causados a Q y V2 con motivo del fallecimiento de V1.

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

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar el daño ocasionado a Q y V2 en términos de la Ley General de Víctimas, que incluya una indemnización o

compensación, atención médica y psicológica con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal médico del Hospital General 36 del IMSS en Coatzacoalcos, Veracruz, involucrado en los hechos que derivaron en la pérdida de la vida de V1; con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se diseñe e imparta en el Hospital General 36 del IMSS en Coatzacoalcos, Veracruz, un curso de capacitación en materia de derechos humanos, al personal médico y de enfermería relacionado con el tema, especialmente del principio del interés superior de la niñez, de las NOM-004-SSA3-2012 y NOM-027-SSA3-2013 y de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Leucemia Linfoblástica Aguda. Aquél deberá ser impartido por personal especializado, con énfasis en el trato humanizado hacia las niñas, niños o adolescentes para sensibilizar al personal de salud, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General 36 del IMSS en Coatzacoalcos, Veracruz en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, contra los servidores públicos involucrados en los hechos motivo de la presente Recomendación y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su colaboración.

QUINTA. En caso de que la responsabilidad administrativa haya prescrito, se deberá anexar al expediente personal de los servidores públicos señalados como responsables de violaciones a derechos humanos, copia de la determinación que emita el Órgano Interno de Control en el IMSS, así como de la presente Recomendación.

SEXTA. Se lleve a cabo la inscripción de Q y V2, en el Registro Nacional de Víctimas, para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

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

OCTAVA.- Se lleven a cabo las gestiones necesarias ante las autoridades competentes a efecto de que se amplíe el presupuesto y se esté en posibilidad de incrementar el personal médico del Hospital General en el área de Hematología, con el objetivo de que brinde una atención adecuada a sus usuarios.

107. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de formular una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

108. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

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

110. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15 fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o, en sus recesos, a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ