



**RECOMENDACIÓN NO.19/2018**  
**SOBRE EL CASO DE VIOLACIÓN AL**  
**DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD,**  
**POR LA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA,**  
**EN AGRAVIO DE V1, EN EL HOSPITAL**  
**GENERAL DE ZONA 8, DEL INSTITUTO**  
**MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN**  
**URUAPAN, MICHOACÁN.**

Ciudad de México, a 29 de junio de 2018

**LIC. TUFFIC MIGUEL ORTEGA**  
**DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO**  
**MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)**

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones I, II y IV, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2017/2563/Q**, del caso de V1 y V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno; 68 fracción VI y 116 párrafos primero y segundo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 3, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

## **I. HECHOS.**

3. El 14 de marzo de 2017, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Michoacán (Comisión Estatal) remitió a esta Comisión Nacional la queja de V2, por presuntas violaciones a los derechos humanos cometidos en contra de V1, por parte de personal médico del Hospital General de Zona 8 ("*Hospital General*") del IMSS en Uruapan, Michoacán.

4. En la referida queja V2 dijo que el 25 de octubre de 2016, su hijo (V1) "*nació de 31 semanas*" en el Hospital General, condición por la que estuvo 35 días en una incubadora, siendo dado de alta el 30 de noviembre de 2016.

5. El 8 de diciembre de 2016, en el Hospital General le indicaron a V2 que debía agendar una cita con un oftalmólogo y un cardiólogo para que V1 fuese revisado.
6. El 17 de enero de 2017, al acudir con el oftalmólogo, éste apuntó a V2 que V1 *“estaba muy chiquito”* y *“no veía ningún problema”*, determinando que el menor presentaba reflejo rojo positivo en ambos ojos, pidiéndole a V2 que sacara cita para dentro un mes para que *“dilatara las pupilas”* a V1.
7. El 27 de febrero de 2017, V2 fue de nueva cuenta con el oftalmólogo, quien después de revisar a V1 le reveló que: *“en un ojo tenía cataratas y en el otro tenía la retina desprendida...que estaba muy avanzada”*, por lo que debía ser revisado por los especialistas del Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS.
8. El 2 de marzo de 2017, en el Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS, V1 fue atendido por un cirujano oftalmólogo de retina y vítreo, quien -según la quejosa-, determinó que el menor *“ya tenía dañado[s] sus [dos] ojos, [...] que por ser prematuro, a la tercera o cuarta semana se les tiene que hacer una operación”*, y que *“su hijo no iba a poder ver, así [aunque] [fuera] a la otra parte del mundo [...]”*. Con motivo de dicha consulta, el médico diagnosticó *“[r]etinopatía del prematuro estadio V ambos ojos que ocasiona desprendimiento de retina total en embudo cerrado ambos ojos”*, determinando un pronóstico *“malo para la visión y conservación de ambos globos oculares”*; explicándole a los padres *“que no ha[bía] un tratamiento médico o quirúrgico para restablecer la función visual”*.

**9.** Derivado de lo antes expuesto, esta Comisión Nacional integró el expediente de queja CNDH/4/2017/2563/Q y solicitó diversa información al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), entre ella, copia de los expedientes clínicos de V1 y V2, integrados con motivo de su atención médica, así como informes detallados sobre los hechos constitutivos de la queja; en tal contexto, se realizaron las diligencias necesarias para el esclarecimiento de los hechos, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

## **II. EVIDENCIAS.**

**10.** Escrito de queja por comparecencia de 13 de marzo de 2017, de V2 ante la Comisión Estatal, el cual, por razones de competencia, fue remitido a esta Comisión Nacional.

**11.** Oficio 095217614BB1/1205, de 15 de mayo de 2017, por el que el IMSS rindió el informe solicitado por este Organismo Nacional.

**12.** Expedientes clínicos de V1 y V2 integrados en el Hospital General.

**13.** Opinión Médica de 22 de junio de 2017 sobre el caso de V1 y V2, de este Organismo Nacional.

**14.** Oficio número 095217614BB1/2905, de 6 de noviembre de 2017, por el que una servidora pública del IMSS informó el estatus de la queja administrativa determinada por su Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente.

15. Ampliación de Opinión Médica de 26 de abril de 2018, sobre el caso de V1 y V2, emitida por este Organismo Nacional.

16. Acta circunstanciada de 11 de mayo de 2018, en la que se hizo constar la llamada telefónica a través de la cual esta Comisión Nacional corroboró que en el Hospital General, no se cuenta con alguna jefatura o coordinación encargada de la supervisión de las y los recién nacidos; por lo que éstos son monitoreados y atendidos por pediatras que de acuerdo a su turno, se encuentren en dicha área.

### III. SITUACIÓN JURÍDICA.

17. El 6 de noviembre de 2017, el IMSS informó a este Organismo Nacional que, con motivo de los hechos se integró un expediente administrativo en el Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente, instancia que determinó la queja como “*improcedente, desde el punto de vista médico*” (sic).

### IV. OBSERVACIONES.

18. En atención a los referidos hechos y al conjunto de evidencias del expediente **CNDH/4/2017/2563/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes, que acreditan la vulneración a los derechos humanos de V1, por lo que a continuación, se realizará el análisis siguiente: 1) Derecho a la protección de la salud, en relación con la adecuada atención médica; 2) Responsabilidad; y 3) Reparación integral del daño.

**A. Derecho a la protección de la salud, en relación con la adecuada atención médica.**

**19.** Tomando en cuenta que la atención médica inadecuada -que V1 recibió en distintos momentos- guarda relación estrecha con la prevención, detección oportuna y diagnóstico de una discapacidad visual, esta Comisión Nacional considera que las vulneraciones deben ser analizadas a la luz del *corpus juris* nacional e internacional inherente a la protección de la salud de la niñez, así como aquellos estándares acerca de la protección y garantía de los derechos de personas con discapacidad, los cuales, se toman en cuenta de manera transversal en el análisis del presente caso.

**20.** El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, en este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido en su jurisprudencia en materia administrativa que, entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: *“el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, [...] para garantizarlo, el derecho a la salud es menester que se proporcionen con calidad los servicios de salud, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos”*<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Derecho a la salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud, Semanario Judicial de la Federación abril de 2009, registro 167530.

**21.** Esta Comisión Nacional ha reiterado que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que *“el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”*<sup>2</sup>.

**22.** Asimismo, este Organismo Constitucional reconoce a las niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos, en los términos establecidos en el artículo 1º, fracciones I y II, de la Ley General de los derechos de niñas, niños y adolescentes; enfatizando que como titulares de todos los derechos reconocidos en la Constitución y los tratados internacionales, cuentan además con las *“medidas especiales”* contempladas en diversas disposiciones en atención al interés superior de la niñez<sup>3</sup>.

**23.** Al respecto, *“la 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 holística del niño y promover su dignidad humana[...]*<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> CNDH. Recomendaciones 61/2016, 16 de diciembre de 2016, p. 85. 38/2016, 19 de agosto de 2016, P- 201 y Recomendación General 15, 23 de abril de 2009, p.4 de observaciones.

<sup>3</sup> Corte IDH. “Caso *Hermanos Landaeta Mejías y otros vs Venezuela.*” *Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 27 de agosto de 2014, párr. 157.

<sup>4</sup> Comité sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas. Observación General 14, “*Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)*”, 2013, párr. 5.

**24.** El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales al referirse al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que goza la niñez, ha instado para que en todos los programas, políticas y atención médica proporcionada por el Estado, se tenga en consideración primordial el interés superior de las niñas, niños y adolescentes<sup>5</sup>.

**25.** Asimismo, el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel de salud. El Comité sobre los Derechos del Niño, *al interpretar el alcance de dicho precepto, ha sostenido que “[l]os niños tienen derecho a servicios sanitarios de calidad, incluidos servicios de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa”*<sup>6</sup>.

**26.** Por su parte, la agenda internacional ha contemplado el tema de niñez y salud como parte del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible, de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, para: *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”*, dicha agenda ha hecho un llamado a volcar esfuerzos en una estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño<sup>7</sup>, garantizando su salud y bienestar.

---

<sup>5</sup> Observación General 14, *“Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)”*, 2000, párr. 24.

<sup>6</sup> Observación General 15, *“Sobre el derecho del niño al disfrute más alto posible de salud”*, 2013, párr. 25.

<sup>7</sup> ONU, *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*, 2015.

**27.** Sobre el deber de prevención en el contexto de la atención de salud de la niñez, dicho Comité ha insistido en que los Estados *“introduzcan y fortalezcan la atención prenatal para los niños y aseguren una asistencia de la calidad durante el parto”*<sup>8</sup>, y *“establezcan sistemas de detección precoz y de intervención temprana como parte de sus servicios de salud, junto con la inscripción de los nacimientos y los procedimientos para seguir el progreso de los niños diagnosticados con una discapacidad a una edad temprana”*<sup>9</sup>.

**28.** El artículo 50 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, prevé el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, estipulando el deber que las autoridades tienen de *“XVII. [e]stablecer medidas para la detección temprana de discapacidades a efecto de prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades y asegurar los mayores niveles de atención y rehabilitación”*.

## **B. El interés superior de la niñez.**

**29.** Este Organismo Autónomo observa con interés que el presente asunto guarda estrecha relación con el bienestar de niños y niñas, especialmente con los temas relacionados a la atención de su salud; por lo que considera relevante recordar el principio de interés superior de la niñez y las medidas de protección que deben regir la garantía y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, así como la importancia de esta temática para la agenda internacional en materia de derechos humanos y desarrollo sostenible.

---

<sup>8</sup> Comité sobre los Derechos del Niño. Observación General 9, *“Los derechos de los niños con discapacidad”*, 2006, párr. 53.

<sup>9</sup> *Ibíd.*, párr. 56.

**30.** En el plano internacional, la Convención de los Derechos del Niño<sup>10</sup>, en su artículo 3, establece que “*todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior de la niñez*”.

**31.** El Comité de los Derechos del Niño, ha señalado que el objetivo del concepto de interés superior de la niñez es “*garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos por la Convención y el desarrollo holístico del niño*”<sup>11</sup>, para lo cual resulta necesaria la adopción de “*medidas especiales de protección*”, atendiendo a la situación específica en la que se encuentran las niñas y niños<sup>12</sup>.

**32.** A nivel interno, el principio de interés superior ha sido recogido por el referido artículo 4° de la Constitución Política<sup>13</sup>, y por la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes que dispone en su artículo 18, que “*[e]n todas las medidas concernientes a niñas, niños y adolescentes que tomen los órganos jurisdiccionales, autoridades administrativas y órganos legislativos, se tomará en cuenta, como consideración primordial, el interés superior de la niñez*”.

---

<sup>10</sup> Dicha Convención fue ratificada por el Estado mexicano en 1990. En 2011, México incorporó el principio de interés superior de la niñez al artículo 4° constitucional.

<sup>11</sup> Comité de los Derechos del Niño, Observación General 5, párr. 12, y Observación General 14, párr. 4.

<sup>12</sup> Corte IDH. “*Condición jurídica y derechos humanos del niño*”. Opinión Consultiva OC-17/02 de 28 de agosto de 2002. párr. 60. Donde se invoca el preámbulo de la Convención de los Derechos del Niño y artículo 19 de la Convención Americana de Derechos Humanos.

<sup>13</sup> Véanse los artículos 18 y 73, fracción XXIX-P Constitucionales.

**33.** De igual manera, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha emitido diversas jurisprudencias relativas a ese principio entre las que destacan: “*Interés superior de la niñez. El artículo 4º. párrafo octavo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, representa un punto de convergencia con los derechos de la infancia reconocidos en tratados internacionales*” (tesis constitucional)<sup>14</sup>; “*Interés superior del niño. Función en el ámbito jurisdiccional*” (jurisprudencia constitucional); “*Interés Superior del menor. el ejercicio del derecho de los menores de edad a participar en los procedimientos que afecten su esfera jurídica involucra una valoración de parte del Juez*” (jurisprudencia constitucional y civil), e “*Interés superior del menor como elemento de interpretación en el ámbito jurisdiccional*” (tesis constitucional), que abordan el origen y pertinente de este principio, y la obligación de las autoridades de aplicarlo en los casos donde se encuentren involucrados niños y niñas.

**34.** En atención a ello, el interés superior de la niñez, debe ser interpretado de modo que se visualicen sus tres facetas, es decir, como un derecho sustantivo, un principio jurídico interpretativo fundamental y como norma de procedimiento<sup>15</sup>, en todos aquellos temas que interesen a la situación de la niñez.

---

<sup>14</sup> Tesis 1a. LXXVI/2013, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Libro XVIII, Tomo 1, marzo de 2013, pág. 887.

<sup>15</sup> Comité de los Derechos de la Niñez de Naciones Unidas, Observación General 14 (2013) “*Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)*” p.6; Tesis Constitucional Derechos de las niñas, niños y adolescentes. El Interés Superior del menor se erige como la consideración primordial que debe de atenderse en cualquier decisión que

**35.** Tomando en cuenta lo anterior, y para efectos de la protección de los derechos de la niñez en el presente asunto, esta Comisión Nacional procederá al estudio de los hechos acontecidos con motivo de la atención médica recibida por V1 y sus circunstancias actuales, a la luz del interés superior de la niñez.

### **C. Inadecuada atención médica otorgada a V1 por personal del Hospital General.**

**36.** En el presente caso, la Comisión Nacional analiza las omisiones cometidas por el personal médico en la atención de V1, mismas que contribuyeron a la condición de pérdida irreversible de la visión, al tenor de lo siguiente.

#### **A) Parto de V1.**

**37.** El 25 de octubre de 2016, a las 14:38 horas, con 31 semanas de gestación, V2 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General por referir dolor y salida de líquido transparente con sangre, donde fue atendida por SP1, quien al advertir que V2 se encontraba en trabajo de parto activo, indicó ingresar a la paciente al área de tococirugía por presentar amenaza de parto pretérmino<sup>16</sup>.

---

les afecte, Semanario Judicial de la Federación 06 de enero de 2017 y CNDH, “*El interés superior de niñas, niños y adolescentes, una consideración primordial*”, Folleto, 2017.

<sup>16</sup> La Guía de Práctica Clínica “*Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino*” del Consejo de Salubridad General, lo define “*Como aquél que tiene lugar a partir de la semana 20.1 y la 36.6 semanas de gestación o con un peso igual o mayor de 500 gramos y que respira o manifiesta signos de vida.*” 2009, p.3.3.

**38.** Con el fin de inducir la maduración pulmonar fetal, SP1 prescribió aplicar una dosis de 12 mg de “*dexametasona*”, la cual fue indicada a las 14:38 horas, y aplicada finalmente a las 17:15 horas. Al respecto, la Guía de Práctica Clínica “*Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino*”; indica que en pacientes con riesgo de parto pretérmino de 24 a 34 semanas de gestación, es recomendable la aplicación de corticoides para inducción de madurez pulmonar, **estableciendo la administración de dos dosis de 12 mg de “betametasona” o “dexametasona” intramuscular, con un intervalo de 12 a 24 horas.** No obstante, esta Comisión Nacional observa que la propia evolución del parto no permitió el suministro de la segunda dosis de “*dexametasona*”. Esto es debido a que la hora de aplicación de la dosis única de “*dexametasona*” fue a las 17:15 horas, y el nacimiento de V2 se registró a las 20:50 horas, por lo que la administración de la segunda dosis de “*dexametasona*” en un intervalo de 12 horas, no hubiese sido posible debido a la propia evolución del trabajo de parto de V1.

**39.** De forma posterior, SP2 confirmó que V2 se encontraba en trabajo de parto en fase latente -siendo inminente el parto-, por lo que decidió indicar el traslado a un hospital de apoyo, al considerar que era muy probable que el recién nacido requiriera de la **Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (en adelante UCIN)** y/o Neonatología, enfatizando que el Hospital General no contaba con dichos servicios. Sin embargo, dicho traslado no fue realizado, situación que fue se observa en una nota postparto de V2, donde se estableció que la atención del binomio materno fetal se realizó en el Hospital General, sin que se expresaran las razones del porqué no se llevó a cabo dicho traslado a un hospital de apoyo que contara con **UCIN** ; lo que de acuerdo con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, **de haberse llevado a cabo habría permitido la atención de V1 en un**

**hospital con UCIN y no en el Hospital General, con lo que se habría evitado que V1 fuera expuesto al oxígeno suplementario y a sus efectos tóxicos, los cuales aceleran la retinopatía en recién nacidos, como se analizará más adelante.**

***B) Nacimiento de V1 y su posterior atención médica.***

**40.** El 25 de octubre de 2016, a las 20:50 horas, V1 nació, siendo diagnosticado como *pretérmino* de 31 semanas de gestación y con síndrome de dificultad respiratoria, por lo que se inició tratamiento microbiano.

**41.** El 26 de octubre de 2016, a las 22:00 horas, AR1 estableció que V1 cursaba con dificultad respiratoria secundaria a déficit de *surfactante pulmonar* (Es decir que no tenía suficiente de la sustancia que previene el colapso del pulmón durante el final de la respiración)<sup>17</sup>. Sobre dicho padecimiento, de acuerdo a la Opinión Médica elaborada por este Organismo Nacional, de no recibir tratamiento oportuno, los neonatos pueden presentar déficit de oxígeno en la sangre, falla respiratoria y por consecuencia la muerte. Es el padecimiento pulmonar más común en recién nacidos prematuros.

---

<sup>17</sup> La Guía de Práctica Clínica “*Tratamiento con surfactante en el Síndrome de dificultad respiratoria aguda del neonato pretérmino en el segundo y tercer nivel de atención*” del Consejo de Salubridad General; 2013, p. 31, establece que: “*El Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) del Recién Nacido es una enfermedad secundaria a deficiencia de surfactante alveolar e inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar, característica del recién nacido de pretérmino, cuyo principal componente es la deficiencia cuantitativa y cualitativa de surfactante, que causa desarrollo progresivo de atelectasia pulmonar difusa e inadecuado intercambio gaseoso.*”

**42.** En este contexto, AR1 registró que V1 fue tratado con CPAP nasal (aparato de respiración mecánica) y presentaba dificultad respiratoria leve a moderada y saturación de oxígeno del 98%; describió que mostraba datos que sugerían que no contaba con suficiente surfactante pulmonar y determinó que, en ese momento, V1 no tenía deterioro respiratorio, por lo que lo ordenó mantener los aparatos de respiración mecánica y bajo vigilancia del ritmo de la respiración, **sin que se indicara algún tratamiento que le aplicara surfactante**, a pesar del déficit que presentaba de esta sustancia. El tratamiento de remplazo con surfactante exógeno es crucial en el manejo de un paciente como V1.

**43.** La Guía de Práctica Clínica denominada “*Tratamiento con surfactante en el Síndrome de dificultad respiratoria aguda del neonato pretérmino en el segundo y tercer nivel de atención*”; reconoce que el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) del recién nacido, es una enfermedad provocada por la deficiencia de surfactante pulmonar e inmadurez pulmonar, las cuales se encuentran en los recién nacidos de pretérmino, lo cual causa desarrollo progresivo de colapso pulmonar difuso e inadecuado intercambio gaseoso (oxígeno y dióxido de carbono). Agrega que la mortalidad se incrementa cuando no se utiliza terapia de surfactante exógeno; en la mayoría de los pacientes que sobreviven, presentan afectación en la capacidad de expansión pulmonar de leve a moderada<sup>18</sup>..

---

<sup>18</sup> “[...] La mortalidad es superior a 50% [...] cuando no se utiliza surfactante exógeno y, de los sobrevivientes, la mayoría presenta como secuela una enfermedad pulmonar restrictiva con incapacidad leve a moderada. La mortalidad disminuye a 16% cuando sí se utiliza surfactante exógeno en el tratamiento”. La terapia de reemplazo con surfactante es crucial en el manejo de pacientes como V1. Ibidem. p.31.

**44.** Independientemente de la causa de déficit de surfactante, el recién nacido debe ser tratado con reposición de surfactante exógeno; su administración preventiva debe ser entre 10 a 30 minutos después del nacimiento. Cuando el síndrome de dificultad respiratoria se encuentra establecido, la administración temprana de surfactante exógeno ha mostrado mejor evolución, en comparación con la administración en forma tardía. La aplicación de rescate temprano del surfactante, debe ser entre una y dos horas después del nacimiento; en el rescate tardío se administra después de dos horas y dentro de las primeras 12 horas después del nacimiento<sup>19</sup>.

**45.** Por tanto, de acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, AR1 **debió indicar terapia de reemplazo de surfactante**, para disminuir la morbilidad y mortalidad del recién nacido, habida cuenta de la evidencia científica que ha demostrado la gran diferencia entre usar la mencionada terapia en contraste con no usarla y con la finalidad de reducir el tiempo de estancia intrahospitalaria del paciente, con la subsecuente menor exposición de los efectos tóxicos del oxígeno suplementario.

---

<sup>19</sup> La Guía recomienda que ante el déficit de surfactante -independientemente de su causa-, la persona debe ser tratada con reposición de surfactante exógeno. “*La administración de surfactante profiláctico debe ser entre 10 a 30 minutos después del nacimiento; cuando el síndrome de dificultad respiratoria ya está establecido, la administración temprana de surfactante exógeno ha resultado en una mejor evolución, que cuando se administra en forma tardía. La administración de rescate temprano del surfactante, debe ser entre 1 y 2 horas después del nacimiento. La administración de rescate tardío es cuando se administra después de dos horas y dentro de las primeras 12 horas después del nacimiento.*” p. 45.

46. El 27 de octubre de 2016, AR1 diagnosticó que V1 presentaba evolución favorable y mejoría del patrón respiratorio, por lo que indicó retirar *CPAP nasal* y colocar casco cefálico con oxígeno a 5 litros por minuto con disminución paulatina del mismo para mantener saturación de oxígeno del 92%. Posteriormente, en la misma fecha AR2 apuntó que el recién nacido cursaba con taquipnea<sup>20</sup> transitoria del recién nacido, apneas<sup>21</sup> de la prematuridad y dificultad respiratoria.

47. Derivado de los resultados de laboratorio, se constató que V1 tenía cuantificación de neutrófilos (tipo más común de glóbulos blancos) del 75%<sup>22</sup>; al respecto, de acuerdo con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, cuando la cuantificación es elevada, puede ser sugestiva de un cuadro infeccioso o sepsis neonatal. “*La sepsis neonatal temprana se encuentra asociada comúnmente a [...] edad de gestación menor de 37 semanas y [...] sexo masculino (como en el caso de V1). Los signos de alarma establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) son los siguientes: convulsiones, rechazo al alimento, **dificultad respiratoria**, hipoactividad y **polipnea***”<sup>23</sup>; detectándose dos de estos signos en la atención médica a V1.

---

<sup>20</sup> La taquipnea transitoria del recién nacido, recientemente se le ha denominado “*mala adaptación pulmonar*” y es una alteración leve y autolimitada; aunque estudios recientes sugieren que pudiera ser un factor de riesgo para el desarrollo ulterior de sibilancias en etapas precoces de la vida. Coto CG, López S, Fernández C, Álvarez C, Ibáñez F. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. Asociación Española de Pediatría, 2008.

<sup>21</sup> La Guía de Práctica Clínica “*Diagnóstico y tratamiento de apnea del prematuro*”, del Consejo de Salubridad General; 2014 describe que, la Academia Americana de Pediatría define a la apnea del prematuro, como una pausa en la respiración que dura más de 20 segundos, o una pausa menor de 20 segundos relacionada con bradicardia y/o cianosis, que se presenta en un recién nacido antes de las 37 semanas de gestación (Cuadro clínico).

<sup>22</sup> La cuantificación normal es de 40-50%.

<sup>23</sup> Guías Clínicas del Departamento de Neonatología, Hospital Infantil de México “*Federico Gómez*”, 2011, pág. 4. (Factores de riesgo y manifestaciones clínicas )

**48.** Por ello, de conformidad con la Opinión Médica de la Comisión Nacional, para poder llegar al diagnóstico de sepsis neonatal –que debe ser oportuno a fin de establecer un tratamiento adecuado-, idealmente debe confirmarse con cultivos positivos en sangre, orina, líquido cefalorraquídeo (LCR) u otros sitios normalmente estériles.

**49.** En tal sentido, AR2 indicó que V1 presentaba un elevado riesgo de complicaciones como: neumotórax, sepsis neonatal y enterocolitis. A pesar de ello, aunque el recién nacido cursaba en ese momento con datos clínicos sugestivos de sepsis temprana, tales como: dificultad respiratoria y polipnea, así como reporte bioquímico de neutrofilia (elevación de neutrófilos), **inadecuadamente** AR2 refirió que V1 se encontraba sin antibiótico, quedando en vigilancia de los datos de respuesta inflamatoria sistémica; pero AR2 debió solicitar cultivos de sangre u orina con la finalidad de confirmar o descartar un proceso infeccioso, además de iniciar antibioticoterapia (tratamiento empírico a base de antibiótico) empírica con el fin de disminuir las complicaciones de sepsis temprana y/o tardía, como sepsis grave o choque séptico.

**50.** Dicha omisión también fue confirmada con la nota médica del 28 de octubre de 2016, en la cual AR3 advirtió que se tenía que valorar inicio de antimicrobiano en V1, corroborándose con ello que, hasta ese momento, **no se le había otorgado tratamiento antibiótico empírico al recién nacido.**

**51.** El día 28 de octubre de 2016, AR3 describió que V1 refirió desaturación de oxígeno y frecuencia cardiaca de 90 latidos por minuto, precisando al respecto la Opinión Médica de este Organismo Nacional que dicha frecuencia cardiaca, era considerada bradicardia (descenso de la frecuencia cardiaca). Además, AR3 reveló que V1 presentaba mucosa seca y fontanela anterior hipotensa, compatibles con deshidratación.

**52.** A las 23:40 horas del 29 de octubre de 2017, AR2 indicó que V1 se encontraba en fase II de ventilación (CPAP nasal) y presentaba leve dificultad respiratoria, decidiendo suspender nebulizaciones y *metilprednisolona*.

**53.** El 31 de octubre de 2016, a las 10:40 horas, AR1 anotó que existía la sospecha de enterocolitis necrosante<sup>24</sup>. Con relación a lo anterior, AR3 consideró que V1 continuaba con “*infección-sepsis no remitida*”<sup>25</sup> y con problemas hemodinámicos secundarios -información que corrobora las omisiones previamente descritas por esta Comisión Nacional.

---

<sup>24</sup> Es descrita por la bibliografía médica como la causa más frecuente de enfermedad gastrointestinal adquirida y emergencia quirúrgica en el neonato; afecta predominantemente a prematuros con muy bajo peso al nacer, llegando a observarse en casos de sepsis. Gasque GJ. Revisión y actualización de enterocolitis necrosante. Revista Mexicana de Pediatría, Vol. 82, No. 5, 2015.

<sup>25</sup> Se entiende por “[...] *no remitida*” en el hecho de que no ha cedido o presentado mejorías pese al tratamiento otorgado. Diccionario Académico de la Medicina.

54. El 1º de noviembre de 2016, AR4 describió que V1 presentó sangrado orofaríngeo, lo que requirió aspiración de secreciones mucosas, flemosas y sanguinolentas, estableciendo que presentaba deterioro severo que ameritaba manejo en una UCIN, por lo que, ante esa circunstancia AR4 mencionó: “[...] **no contamos con los recursos necesarios para su manejo adecuado** [...] *por el momento se le continúa el manejo con los **precarios recursos con los que contamos***”.

55. En tales circunstancias, ante la falta de infraestructura necesaria -consistente en una UCIN- que permitiera brindar una atención adecuada a V1 en el Hospital General, era evidente que existía la necesidad -reconocida por el personal médico del Hospital General- de trasladar a V1 a otro hospital para que fuera ingresado a una UCIN; no obstante, no se advierte que se hayan realizado las solicitudes y trámites pertinentes para su traslado. Como prueba de lo anterior, del análisis de las constancias que integran el expediente clínico respectivo, no se encontró alguna hoja de referencia y/o solicitud de traslado de V1 a algún nosocomio que contara con UCIN, ni se establecieron las razones por las que no se llevó a cabo dicha referencia. De ahí que, en las circunstancias mencionadas, resultara evidente la existencia de una obligación de traslado de V1 a un centro médico donde se contara con la infraestructura necesaria para su atención. Asimismo, tal como fue corroborado por esta Comisión Nacional, se observa que en dicho nosocomio no se cuenta con alguna jefatura o coordinación especializada en la atención de personas recién nacidas, quedando éstas bajo la supervisión de pediatras que de acuerdo a su turno les proporcionan atención médica<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> En dicho hospital, se cuenta únicamente con una Coordinación de Medicina Interna, una Coordinación de Cirugía y Quirófano y una Coordinación en turno vespertino, nocturno y de jornada acumulada.

**56.** Esta Comisión Nacional recuerda que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU ha reconocido que todos los servicios, artículos e instalaciones de salud deben cumplir con los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, los cuales derivan de las obligaciones contenidas en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Específicamente la *disponibilidad* se refiere a la existencia de infraestructura, programas suficientes y personal médico especializado en su caso para dar cobertura al derecho a la protección de la salud<sup>27</sup>. Por esta razón, este Organismo Nacional considera que si el Hospital General contara con una UCIN, o en su caso, se hubiese realizado el traslado de V1 a otro hospital con la infraestructura necesaria, el tiempo de atención hospitalaria hubiera sido más corto, disminuyendo la exposición de oxígeno suplementario –a la que estuvo sometido V1 del 25 de octubre al 11 de noviembre de 2016-, y por consiguiente, se hubiesen reducido los efectos tóxicos del oxígeno capaces de contribuir a producir la retinopatía de V1; por lo que dicha omisión contraviene las obligaciones contenidas en el citado Pacto Internacional.

---

<sup>27</sup> CNDH. Recomendaciones General 15 del 23 de abril de 2009, p. dos de los antecedentes y p. cuatro de las Observaciones, 18/2016, 29 de abril de 2016, párr. 112; 38/2016 del 19 de agosto de 2016 p. 21; 48/2017 de 19 de octubre de 2017, p. 66, 49/2017 de misma fecha p. 21, 50/2017 de misma fecha, p. 29 y 93; 56/2017 del 10 de noviembre de 2017 p. 45, 67 y 123 y Comité DESC Observación General 14 “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, pp. 12, inciso 2, 25 y 37.

**57.** Continuando con la atención médica brindada a V1, el 2 de noviembre de 2016, AR1 registró que V1 cursaba con neumonía nosocomial<sup>28</sup>, y se encontraba en malas condiciones generales, piel marmórea, cianosis distal, hipoactivo, hiporeactivo, llenado capilar retardado, y pobre esfuerzo respiratorio con retracción xifoidea, por lo que, solicitó radiografía de tórax de control, la cual fue realizada el 5 de noviembre de 2017.

**58.** El 7 de noviembre de 2016, AR1 estableció que V1 presentó evolución favorable; el 10 de noviembre de 2016 a las 23:00 horas AR6 observó *“presencia de moldeamiento cefálico y secundario a ello protusión de huesos de cara”*, y el 11 de noviembre de 2016 a las 12:50 horas, AR1 estableció que V1 cursaba con probable cardiopatía congénita acianógena<sup>29</sup>.

**59.** El 13 de noviembre de 2016, SP3 reportó que V1 presentó regurgitación (paso del contenido gástrico hacia el esófago o hacia la boca sin esfuerzo alguno) por lo que, decidió tratamiento con *procinético* a base de *“cisaprida”* 0.2 mg vía oral cada 8 horas; sin embargo, horas después SP3 descartó cardiopatía congénita, advirtiendo que V1, continuaba con el síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal. Debido a lo anterior, SP3 refirió a V2 la necesidad de transfundir paquete globular a V1, enfatizando que, por ser fin de semana no se contaba con banco de sangre, por lo que no se realizó la transfusión prescrita.

---

<sup>28</sup> Es una de las infecciones más frecuentes que presentan los pacientes hospitalizados, y se manifiesta transcurridas 72 horas o más del ingreso del paciente en el nosocomio. Díaz W, Martín L, Jordi V. Neumonía Nosocomial. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31(10):692–698.

<sup>29</sup> Las cardiopatías congénitas son todas las malformaciones cardíacas que están presentes en el momento del nacimiento y, que se producen como consecuencia de alteraciones en la organogénesis (la formación del producto). Quesada Q, Navarro R. Cardiopatías congénitas hasta la etapa neonatal. Aspectos clínicos y epidemiológicos. *Acta Médica del Centro / Vol. 8 No. 3*, 2014.

**60.** Una problemática similar se pudo constatar el 25 de noviembre de 2016, cuando a V1 se le diagnosticó con anemia del prematuro, por lo que, SP4 solicitó paquete globular, indicando transfundir 35 mililitros del mismo, sin embargo, SP4 asentó poco tiempo después, que no había sangre disponible.

**61.** Sobre estos obstáculos en la atención oportuna, esta Comisión Nacional considera que las autoridades del Hospital General, tenían el deber de prevenir, supervisar y en su caso prever que los fines de semana también se cuente con servicio de banco de sangre y que éste cuente con los insumos suficientes. En el presente caso, es particularmente importante, en tanto resulta vital contar con dicho servicio para atender de manera diligente las patologías que llegan a requerir dichos hemoderivados, las cuales, generalmente ponen en peligro la vida. Por tanto, tales omisiones contravienen el deber de disponibilidad en los servicios de salud, previsto en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en la Observación General 15 del Comité DESC, ya mencionados.

**62.** Posteriormente, el 30 de noviembre de 2016, a las 10:40 horas, AR5 solicitó interconsulta al servicio de Oftalmología para la atención a V1. Sobre el momento para la evaluación oftalmológica, la Guía de Práctica Clínica *“Manejo del recién nacido prematuro sano en la sala de prematuros”*, del Consejo de Salubridad General, México 2010 (Retinopatía del prematuro), recomienda realizar una evaluación oftalmológica **entre las cuatro y seis semanas de vida a todo recién**

**nacido** que sea menor de 32 semanas de edad gestacional y peso menor a 1500 gramos y debe realizarse al menos cada 15 días. La Guía de Práctica Clínica *“Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Retinopatía del Prematuro en el Segundo y Tercer Nivel de Atención”* del Consejo de Salubridad General de México, 2015 (Prevención Secundaria, Detección y Factores de Riesgo), describe que los recién nacidos con peso al nacimiento de entre 1500 y 2000 gramos o edad gestacional de 30 semanas (como en el caso particular) deben ser considerados para realizar examen de retina.

**63.** Con base en lo anterior, V1 nació a las **31.4** semanas de gestación, es decir, para el 30 de noviembre de 2016, ya tenía **6.1** semanas de vida y contaba con múltiples factores de riesgo para retinopatía del prematuro<sup>30</sup>. No obstante, hasta el citado día 30 de noviembre de 2016, AR5 solicitó interconsulta del servicio de Oftalmología, sin considerar lo previsto al efecto en la Guía de Práctica Clínica antes referida, sobre realizar una evaluación oftalmológica oportuna entre las cuatro y seis semanas de vida al recién nacido.

---

<sup>30</sup> Edad (31.4 sdg), peso al nacimiento (1,750 gramos), oxigenoterapia, anemia, probable cardiopatía congénita acianógena, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis y apnea.

**64.** Asimismo, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, quienes valoraron a V1 durante su estancia intrahospitalaria en el período del 15 de noviembre (4 semanas de nacido) al 29 de noviembre (6 semanas de nacido), no solicitaron dicha evaluación oftalmológica, a pesar de los factores de riesgo para retinopatía del prematuro<sup>31</sup>. Habida cuenta de ello, al no requerir la interconsulta, con la finalidad de que el recién nacido fuera valorado por primera vez dentro de las 4 a las 6 semanas de vida y posteriormente, al menos cada 15 días -hasta que la retina estuviera completamente vascularizada (con fluidos sanguíneos y linfáticos), causaron dilación en la valoración oportuna del Servicio de Oftalmología a V1, contribuyendo con el proceso evolutivo de la enfermedad de retinopatía del prematuro.

**65.** Aunado a lo anterior, derivado de las constancias que integran el expediente clínico, este Organismo Nacional constató que V1 requirió oxígeno suplementario desde el 25 de octubre de 2016, hasta el 11 de noviembre de 2016, período durante el cual se registraron saturaciones de oxígeno entre **96% y 99%**; lo anterior, de acuerdo a la Opinión Médica realizada por esta Comisión Nacional, significa que durante ese tiempo, V1 estuvo expuesto a saturaciones de oxígeno por arriba de la meta recomendada por Guía de Práctica Clínica “*Diagnóstico y tratamiento de*

---

<sup>31</sup> Exposición a saturaciones de oxígeno por arriba de la meta recomendada y evolución favorable del cuadro patológico del paciente. Opinión Médica.

*retinopatía del prematuro en el segundo y tercer nivel de atención*<sup>32</sup>, ya que el riesgo de desarrollar retinopatía del prematuro por la sola exposición a los efectos tóxicos del oxígeno a esos niveles, es elevado. Dicha situación, resulta relevante para efectos de advertir que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 –personal médico responsable de su atención durante dicho período de exposición-, pues omitieron actuar para regular los niveles de oxigenación a los que se encontraba expuesto V1, y evitar así los efectos adversos de una inadecuada saturación de oxígeno en el desarrollo del padecimiento de retinopatía.

***c) Alta médica de V1 y atención médica posterior.***

**66.** Estas omisiones continuaron, ya que el mismo 30 de noviembre 2016, a las 16:00 horas, AR3 asumió que V1 “*no presentaba datos patológicos*”, por lo que determinó darlo de alta, ordenando cita en pediatría ocho días después y “*cita a oftalmolog[í]a en dos semanas*” (sic) (para tal momento V1 tendría más de ocho semanas de vida). Dicha cuestión evidentemente también contribuyó con el proceso evolutivo de la enfermedad de retinopatía del prematuro.

---

<sup>32</sup> De acuerdo a dicha Guía, es recomendable adoptar un intervalo menos amplio de 87-94% como meta, para disminuir el riesgo de retinopatía del prematuro, sin incrementar la mortalidad.

**67.** El 17 de enero de 2017, a las 10:24 horas, V1 –ya en su décimo tercera semana de vida- acudió al servicio de Oftalmología del Hospital General, para que V1 recibiera valoración médica especializada. En dicha ocasión, AR7 determinó que V1 presentaba “*reflejo rojo positivo en ambos ojos*”, es decir, sin alteraciones. Sin embargo, como se ha explicado en el desarrollo de esta Recomendación, V1 presentaba múltiples factores de riesgo para presentar retinopatía del prematuro, y de acuerdo a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, AR7 debió realizar *oftalmología indirecta*<sup>33</sup> que, si bien requiere de mayor tiempo de preparación para realizar la dilatación pupilar, el caso ameritaba la búsqueda patológica exhaustiva, o en su caso, citar a V2 a la brevedad con la finalidad de realizar la valoración de V1 y confirmar o descartar el diagnóstico y, en caso de ser afirmativo, evaluar el progreso natural de la enfermedad y otorgar el tratamiento adecuado y oportuno, para disminuir el riesgo de déficit visual severa o la pérdida de la función.

**68.** No obstante, a pesar de la importancia de indicar una valoración a la brevedad posible, ésta se hizo hasta el 27 de febrero de 2017 (40 días posteriores a su valoración inicial y cursando ya su décima octava semana de vida), a las 12:53 horas, en la cual AR7 describió que V1 acudió “*al control dilatado para valoración de fondo de ojo*”. En ese sentido, el tiempo en exceso transcurrido, durante el cual se permitió evolucionar el progreso natural de la enfermedad y no se otorgó el tratamiento oportuno, repercutió en la pérdida de la función visual de V1.

---

<sup>33</sup> La oftalmología indirecta, es un examen de la parte posterior del ojo (fondo), que incluye la retina, el disco óptico, la coroides y los vasos sanguíneos. En la actualidad la *American Academy of Pediatrics*, recomienda una evaluación del reflejo rojo como un componente del examen ocular en el período neonatal y durante todas las visitas ulteriores de supervisión de la salud. Asimismo, la bibliografía médica sostiene, que habitualmente debe revisarse al paciente mediante oftalmoscopia indirecta. Morales CM, Ramírez O, Ochoa M, Bravo O, Hernández S, Flores A, Orozco G, Martínez C. Retinopatía del Prematuro. Grupo ROP México.

**69.** Con base en las observaciones expuestas, esta Comisión Nacional considera que debido al riesgo de una evolución desfavorable de la retinopatía del prematuro en perjuicio de V1; el deber de las autoridades debió conllevar, en un primer momento, la obligación de trasladar a V1 a un hospital que contara con el equipo necesario para atender su nacimiento prematuro, teniendo como fin garantizarle el acceso a servicios y equipo de salud adecuados para sus circunstancias; en un segundo momento, haber detectado la posibilidad de V1 de padecer retinopatía del prematuro; en un tercer momento, haber advertido y atendido los niveles de saturación de oxígeno inadecuados bajo los que se encontraba V1, así como solicitar una revisión oftalmológica entre la cuarta y sexta semana de vida; y en un cuarto momento -de especial importancia para esta Comisión Nacional-, la obligación de realizar un análisis y diagnóstico oportunos del padecimiento de retinopatía de V1, situación que no ocurrió en el presente caso.

**70.** Al respecto, esta Comisión Nacional observa que la diversidad de factores y omisiones por parte del personal médico influyeron en la falta de una determinación clínica y tratamiento oportunos, que contribuyeron a la pérdida permanente de la visión de V1, así como las consecuencias profundas de dichas omisiones en su derecho a la salud, y el efecto de dicha situación para V2. Considerando que, de haberse realizado un diagnóstico precoz a V1 sobre la retinopatía del prematuro que padecía, pudo haberse otorgado un tratamiento oportuno (crioterapia-laser), aumentando las posibilidades de conservar la función visual de V1.

**71.** Finalmente, este Organismo Nacional no pierde de vista como factor común en la consecución de las diversas omisiones ya referidas, el hecho de que en ningún momento durante la atención médica que recibió V1 -durante su hospitalización y de manera posterior a su alta-, fue identificado el riesgo de padecer retinopatía del prematuro; lo que impidió que se tomaron las previsiones necesarias para atender oportunamente el desarrollo de este padecimiento en la función visual de V1.

**72.** De ahí que resulte especialmente preocupante, el hecho de que ninguna de las siete personas (AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7) que intervinieron en su atención médica, identificó el riesgo de padecimiento de retinopatía de V1.

**73.** Por tanto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, son responsables por la vulneración del derecho a la protección de la salud de V1, previsto además en los artículos XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, incisos a), c) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 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 ("*Protocolo de San Salvador*"), en relación con el deber de atender la discapacidad visual de los niños, previsto en los supracitados artículos 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño y 50 de la Ley de General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

**74.** Asimismo, son responsables por contravenir los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, Constitucional; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III, 32, 51, párrafo primero, y 61 fracción II, 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.

#### **D. Responsabilidad.**

**75.** Se determina la responsabilidad por parte de todas las autoridades de manera general, en cuanto a la falta de detección temprana del riesgo de V1 de padecer retinopatía del prematuro; y de manera específica por: 1. Responsabilidad por la exposición de V1 a altos niveles de oxígeno suplementario, del 25 de octubre al 11 de noviembre de 2016; 2. Responsabilidad por omisión en la solicitud de la evaluación oftalmológica –entre la cuarta y sexta semana de vida- para V1, en el período del 15 al 30 de noviembre de 2016; y 3. Falta de detección, diagnóstico y tratamiento oportuno del padecimiento de retinopatía del recién nacido:

<b>Autoridad</b>	<b>Responsabilidad</b>
AR1	Omisión de supervisar los niveles adecuados de oxígeno suplementario, y solicitar la evaluación oftalmológica durante los dos períodos mencionados.

AR2	Omisión de supervisar los niveles adecuados de oxígeno suplementario durante el período mencionado.
AR3	Omisión de supervisar los niveles adecuados de oxígeno suplementario, y solicitar la evaluación oftalmológica durante los dos períodos mencionados.
AR4	Omisión de supervisar los niveles adecuados de oxígeno suplementario, y solicitar la evaluación oftalmológica durante los dos períodos mencionados.
AR5	Omisión de supervisar los niveles adecuados de oxígeno suplementario, y solicitar la evaluación oftalmológica durante los dos períodos mencionados.
AR6	Omisión de supervisar los niveles adecuados de oxígeno suplementario, y solicitar la evaluación oftalmológica durante los dos períodos mencionados.
AR7	Falta de detección, diagnóstico y tratamiento oportuno del padecimiento de retinopatía del recién nacido.

**76.** Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, son responsables en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las conductas y/u omisiones ya descritas en la presente Recomendación, mismas que configuraron violaciones a los derechos a la protección de la salud, en agravio de V1; consecuentemente, este Organismo Constitucional considera que existen evidencias suficientes para concluir que incumplieron sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, y eficiencia como servidores públicos,

previstas en el artículo 7, fracciones I, V y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

**77.** Además, esta Comisión Nacional determina responsabilidad institucional por parte del IMSS, pues la falta de UCIN en el Hospital General, la indisponibilidad del banco de sangre los fines de semana, así como la falta de detección y tratamiento del padecimiento de retinopatía del recién nacido que cursaba V1, por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 durante su atención médica, evidencian la falta de equipo e infraestructura, así como el conocimiento y atención de los riesgos y tratamientos oportunos de los nacimientos prematuros en el sistema de salud, lo que en el caso en particular, devino en un incumplimiento del deber de atención de las discapacidades, y constituye *per se* una falta de garantía integral de los servicios de salud en beneficio de las personas usuarias de las instituciones públicas de salud; lo que transgrede lo dispuesto por el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y configura responsabilidad institucional desde el punto de vista de lo establecido por el artículo 7, párrafo primero y tercero, del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

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

**78.** De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo

segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley. Para tal efecto, de acuerdo con los artículos 1º, 2º, fracción I, 4º, 7º fracciones II, VI, VII y VIII, 27, 64 fracciones I y II, 67, 68, 88 fracción II, 96, 97 fracción II, 106, 110 fracción V inciso c), 111, 112, 126 fracción VII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, se deberá reparar integralmente el daño a V1, por las violaciones a sus derechos humanos cometidas en su agravio y que han quedado detalladas en la presente Recomendación.

**79.** Asimismo, de acuerdo con el artículo 4º de la Ley General de Víctimas en el presente caso, V2 adquiere la calidad de víctima indirecta, por tener un vínculo familiar inmediato con V1. Al respecto, este Organismo Nacional destaca que V2 al ser madre de V1, propicia que sea susceptible de un impacto en su esfera psicosocial, con motivo de las posibles alteraciones en su entorno y en su vida, generadas a partir de los hechos analizados en el presente pronunciamiento, por lo que deberá ser considerada para efectos de la determinación de la reparación integral del daño, así como su inscripción en el Registro Nacional de Víctimas.

### **a) Daño al proyecto de vida de V1 y afectaciones para V2.**

**80.** La Corte Interamericana se ha referido a aquella *“pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable [ resultado de la violación de derechos humanos], que cambian drásticamente el curso de la vida, imponen circunstancias nuevas y adversas y modifican los planes y proyectos que una persona formula a la luz de las condiciones ordinarias en que se desenvuelve su existencia y de sus propias aptitudes para llevarlos a cabo con probabilidades de éxito”*.<sup>34</sup>

**81.** Dichos menoscabos, y su gravedad para el desarrollo y existencia de la persona víctima de violaciones de derechos humanos, han sido observados como daños al *“proyecto de vida”*, término que ha sido asociado al concepto de realización personal, cuyas afectaciones dan lugar a una reparación que, aunque no se cuantifica económicamente, puede ser objeto de otras medidas de reparación<sup>35</sup>.

**82.** La Comisión Nacional considera necesario y acoge con interés dicha noción para el análisis integral de las violaciones a derechos humanos y su eco permanente en la situación de V1 y de V2. De ahí que sea necesario analizar no

---

<sup>34</sup> Corte IDH. *“Caso Loayza Tamayo Vs. Perú”*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 1998, p. 149 y 150. Caso de los *“Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala”* Sentencia de 19 de noviembre 1999, (Fondo). Voto concurrente conjunto de los jueces A. A. Cançado Trindade y a. Abreu Burelli.

<sup>35</sup> Corte IDH. *“Caso Gutiérrez Soler Vs. Colombia”*. Sentencia de 12 de septiembre de 2005, párr. 89.

únicamente la situación de V1 como principal afectado, sino también de V2 en su condición de madre del menor.

**83.** Tal como ya ha sido analizado en el apartado anterior, esta Comisión Nacional advirtió graves omisiones en el traslado, diagnóstico y tratamiento del padecimiento de V1, lo que contribuyó a que sufriera una pérdida permanente de la visión, situación que lo colocó en una condición de discapacidad visual. Dicha circunstancia, a pesar de ser algo que ocurrió durante las primeras semanas de vida de V1, es una condición que lo acompañará a lo largo de su vida y que resulta determinante para la posibilidad de un desarrollo personal en condiciones normales que podría esperarse de cualquier persona recién nacida. En torno a este punto, es conveniente aclarar que aunque V1 nació en condiciones de prematuridad que definieron -en un primer momento- el riesgo de padecer retinopatía del recién nacido; en un segundo momento, es innegable el hecho de que la falta de cuidado y las omisiones médicas que tuvieron lugar con motivo de su atención y diagnóstico, terminaron por modificar drásticamente y crónicamente la oportunidad de V1 de conservar su capacidad visual.

**84.** Lo anterior, significó un cambio abrupto y decisivo -pero sobre todo prevenible- en las oportunidades de desarrollo físico de V1 en sus primeras semanas de vida, situación que desde luego influye en su desarrollo y proyecto futuro.

**85.** Por lo que refiere a V2, se observa que si bien no es quien sufrió directamente las consecuencias adversas de las omisiones médicas, su condición de madre y tutora de V1, la coloca desde luego en el espectro de daño colateral inmediato. De ahí que, ante los hechos acontecidos, sea comprensible la afectación emocional y

psicológica de las violaciones de las que fue víctima junto con V1, además de las implicaciones de lo anterior para las expectativas y proyecto de vida de V2.

**86.** Esta Comisión Nacional observa las afectaciones provocadas por lo sucedido en este caso para V2, tomando en cuenta que es quien se encarga de la atención y cuidado maternal de V1, y quien desde luego formará parte activa de la nueva ruta de desarrollo físico, emocional y psicológico de su hijo para que pueda vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida.

**87.** En ese sentido, el análisis que antecede debe ser considerado ampliamente en la reparación, objeto de esta Recomendación, para poder otorgar una reparación integral que considere cada una de las aristas que deben ser objeto de reparación en el caso de V1 y V2, y puedan emprender nuevos proyectos y nuevas oportunidades de desarrollo y realización personal.

#### **b) Medidas de rehabilitación.**

**88.** Como consecuencia de la pérdida de la función visual que sufrió V1, así como de la valoración de dicha afectación a la luz del impacto que representa en la vida y desarrollo de V1 como agraviado principal, y consecuentemente, en el desenvolvimiento y expectativas de V2, como madre y estimando la labor activa que tendrá V2 en el cuidado específico y desarrollo pleno de su hijo, así como los recursos que demandará dicha labor, esta Comisión Nacional determina que:

- 1) Se deberá proporcionar a V1 la atención médica que requiera, con carácter **vitalicio**, y en su caso, incluir la provisión de medicamentos. Esta deberá

incluir terapia para el desarrollo motriz, de estimulación temprana, sensorial, de comunicación y lenguaje, psicológicos, cognoscitivos, de juego y hábitos que le permita en un futuro desarrollar habilidades para una vida independiente.

- 2) Se brinde a V1 el acceso a servicios de guardería y cuidado acordes a sus necesidades particulares.
- 3) Se garantice el acceso de V1 a servicios e instituciones para incentivar su desarrollo social y educativo -emprendimiento y conclusión de estudios-, así como de sus capacidades física, mental, social y vocacional, y otros servicios que sean necesarios para asegurar su desenvolvimiento pleno y una vida independiente y autónoma. Se tendrá que asegurar su educación de forma inclusiva y de calidad, su incorporación a actividades culturales y deportivas, así como una preparación para el trabajo y formación profesional, tomando en cuenta la Observación General 9 (2006) de los derechos de los niños con discapacidad del Comité de los derechos de la niñez de Naciones Unidas.

**89.** Para el cumplimiento de estas medidas, la autoridad responsable deberá establecer un plan de tratamiento y desarrollo de capacidades y coordinarse con el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS), la Secretaría de Educación Pública, El Sistema Nacional DIF, Secretaría de Desarrollo Social y la Comisión Nacional de Atención a Víctimas y aquellas entidades que se puedan ir requiriendo a lo largo de la vida de V1, con

el fin de garantizar su mejor desarrollo personal y social, así como asegurarle educación hasta el nivel universitario.

**90.** Además, deberá constituir –en el plazo de 6 meses- un **fideicomiso**, para que V1 cuente con recursos económicos suficientes que faciliten solventar el acceso a dicha atención, servicios e instituciones hasta que termine su educación superior o bien hasta la mayoría de edad.

**91.** En cuanto a V2, se deberá proporcionar la atención psicológica que requiera por personal profesional especializado, y de forma continua hasta que alcance su total recuperación psíquica y emocional, atendiendo a su edad y sus especificidades de género. Además de proporcionarle la guía y capacitación para el cuidado de V1 conforme a sus especificidades.

**92.** En ambos casos, la atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente.

### **c) Medidas de satisfacción.**

**93.** Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a V1, las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, por las violaciones a los derechos humanos descritas.

**94.** Se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron.

**d) Garantías de no repetición.**

**95.** Estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. En este sentido, se recomienda se diseñen e impartan en el Hospital General, en un plazo de 6 meses, los cursos de capacitación para el personal médico e incorporar en las pláticas de medicina preventiva, los temas que se especifican enseguida:

- 1) Sobre los estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que deben cumplir los servicios de salud. Éstos deberán ser impartidos por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato humanizado para sensibilizar al personal de salud, y;
  
- 2) En materia de atención de las discapacidades de las personas recién nacidas, entre ellas la discapacidad visual; haciendo énfasis en las Guías de Práctica Clínica sobre *“Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino”*, *“Tratamiento con surfactante en el Síndrome de dificultad respiratoria aguda del neonato pretérmino en el segundo y tercer nivel de atención”*,

*“Manejo del recién nacido prematuro sano en la sala de prematuros”, y “Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Retinopatía del Prematuro en el Segundo y Tercer Nivel de Atención”.*

3) En aquellas pláticas de medicina preventiva que se impartan, se oriente a las personas beneficiarias del servicio acerca de los riesgos relacionados con partos prematuros, así como de la atención de las discapacidades entre las personas recién nacidas. Dicha actividad deberá enfocarse principalmente a las futuras madres y padres, a fin de que se identifiquen, conozcan y prevengan los riesgos y medios, respectivamente, de un parto anticipado.

**96.** Se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General, 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.

**97.** Ante el reconocimiento que el propio personal médico realizó respecto a la falta de una UCIN y la disponibilidad del banco de sangre los fines de semana; en un plazo de 12 meses, se deberán tomar todas las medidas de carácter legal, administrativo, financiero o de otra índole, para que el Hospital General cuente con la infraestructura, equipamiento e insumos necesarios para brindar atención integral y con calidad.

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

**98.** Al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud de V1, la autoridad responsable deberá indemnizar a V1 y V2, en términos de la Ley General de Víctimas.

**99.** A fin de cuantificar el monto de la indemnización, deberán atenderse los siguientes parámetros: 1) Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos como las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso, y; 2) Daño moral e inmaterial. Aquel que puede *“comprender tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas y a sus allegados, y el menoscabo de valores muy significativos para las personas, como las*

*alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia*<sup>36</sup>.

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

**101.** Por lo anterior, dentro del daño material es preciso considerar el daño emergente que pudo haber ya ocurrido con motivo de la atención médica de V1, así como el proyectado a un futuro por la atención médica especializada que requerirá, así como otros recursos necesarios para que V1 pueda desarrollarse adecuadamente. Adicionalmente, respecto del daño inmaterial o moral, esta Comisión no pierde de vista las graves y profundas consecuencias que representan para V1 y V2 los hechos en el presente caso; por lo que estima indispensable que

---

<sup>36</sup> Corte IDH. Caso “*Loayza Tamayo Vs. Perú*” Ibid pp. 145 y 188, “*Caso Bulacio Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia*” de 18 de septiembre de 2003, párr. 90.

se tome en cuenta el carácter irreversible de la condición de V1, y el impacto de ello en su desarrollo y expectativas de su vida, así como en la de V2.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos formula a usted, las siguientes:

#### **V. RECOMENDACIONES.**

**PRIMERA.** Instruya a quien corresponda para que en el plazo de 6 meses en coordinación con la Comisión Nacional de Atención a Víctimas se realice una reparación integral del daño conforme a la Ley General de Víctimas, que incluya brindar el pago de una compensación y/o indemnización justa, así como atención psicológica derivada de la violación a los derechos humanos precisados en la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEGUNDA.** En colaboración con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se inscriba a V1 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; para ello, este Organismo Nacional remitirá la presente Recomendación a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas. (se modificó orden de puntos recomendatorios)

**TERCERA.** Proporcionar atención médica vitalicia, que incluya el tratamiento y los medicamentos para la atención de la condición de retinopatía, así como la terapia proporcionada por especialistas para el desarrollo motriz, de estimulación temprana, sensorial, de comunicación y lenguaje, psicológicos, cognoscitivos, de juego y hábitos que le permita en un futuro desarrollar habilidades para una vida independiente.

**CUARTA.** En un plazo de 6 meses, se constituya un fideicomiso con la finalidad de que V1 cuente con recursos económicos suficientes para su rehabilitación, precisadas en la presente Recomendación; y se remitan a esta Comisión Nacional las justificaciones que acrediten su cumplimiento. Así como coordinarse interinstitucionalmente con el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS), la Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Desarrollo Social, el Sistema Nacional DIF y la Comisión Nacional de Atención a Víctimas, así como aquellas instituciones que se puedan ir requiriendo a lo largo de la vida de V1, con el fin de garantizar su mejor desarrollo personal y social, así como asegurarle educación hasta el nivel universitario.

**QUINTA.** En cuanto a V2, se deberá proporcionar la atención psicológica que requiera por personal profesional especializado, y de forma continua hasta que alcance su total sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad y sus especificidades de género; y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

**SEXTA.** Se proporcione a V2 la capacitación y formación para el cuidado de V1 y sus especificidades.

**SÉPTIMA.** Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, por las violaciones a los derechos humanos descritas, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

**OCTAVA.** Se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, para que haya constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

**NOVENA.** En un plazo de 6 meses, se diseñen e impartan en el Hospital General, los siguientes cursos de capacitación: 1) sobre los estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que deben cumplir los servicios de salud; 2) en materia de atención de las discapacidades entre las personas recién nacidas, entre ellas la discapacidad visual; haciendo énfasis en las Guías de Práctica Clínica sobre *“Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino”*, *“Tratamiento con surfactante*

*en el Síndrome de dificultad respiratoria aguda del neonato pretérmino en el segundo y tercer nivel de atención”, “Manejo del recién nacido prematuro sano en la sala de prematuros”, y “Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Retinopatía del Prematuro en el Segundo y Tercer Nivel de Atención”;* y 3) en medicina preventiva que se impartan, se oriente a las personas beneficiarias del servicio acerca de los riesgos relacionados con partos prematuros, así como de la atención a discapacidades entre las personas recién nacidas. Dicha actividad deberá enfocarse principalmente a las futuras madres y padres, a fin de que se identifiquen, conozcan y prevengan los riesgos y medios, respectivamente, de un parto anticipado; y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**DÉCIMA.** Se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General, para que entregue copia de la certificación y recertificación de 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 envíen a esta Comisión Nacional las evidencias con que se acredite su cumplimiento.

**DÉCIMA PRIMERA.** En un plazo de 12 meses, se deberán tomar todas las medidas de carácter legal, administrativo, financiero o de otra índole, para que el Hospital General cuente con la infraestructura, equipamiento e insumos necesarios para

brindar atención integral y con calidad, consistente en una UCIN y la disponibilidad del banco de sangre los fines de semana; y se envíen a esta Comisión Nacional las justificaciones con que se acredite su cumplimiento.

**DÉCIMA SEGUNDA** Se designe al o la servidora pública 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.

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

**103.** 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.

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

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

**EL PRESIDENTE**

**LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ**