



RECOMENDACIÓN No.5/2019

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD QUE DERIVÓ EN LA PÉRDIDA DE LA VIDA DE V1 Y A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, EN AGRAVIO DE V2 Y V3, EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO [REDACTED] DE LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 22 marzo 2019

**DR. JORGE ALCOCER VARELA
SECRETARIO DE SALUD.**

Distinguido señor Secretario:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 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 II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/5/2016/2744/Q, relacionado con el caso de V1.

2. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves y abreviaturas utilizadas para distintas personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

CLAVE	SIGNIFICADO
V	Víctima
Q	Quejoso
AR	Autoridad Responsable
SP	Servidor Público
MR	Médico Residente

3. 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 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 78, primer párrafo 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 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. 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.

4. En la presente recomendación se hace referencia en reiteradas ocasiones a distintas dependencias, instancias de gobierno, cargos de servidores públicos y documentos. A continuación, se presenta un cuadro con siglas, acrónimos y abreviaturas utilizadas, para facilitar la lectura y evitar su constante repetición:

NOMBRE	ACRÓNIMO
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Constitución Política
Secretaría de Salud Federal	Secretaría de Salud
Hospital Psiquiátrico [REDACTED]	Hospital Psiquiátrico
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.	Norma Oficial-001 Educación
Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada	Norma Oficial-197 Infraestructura
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	Norma Oficial-004 Del Expediente
Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento oportuno del estado epiléptico en el primer y segundo niveles de atención.	Guía del Estado Epiléptico
Guía de Práctica Clínica de Reanimación Cardiopulmonar en Adultos	Guía de Reanimación Cardiopulmonar

I. HECHOS

5. El 1 de abril de 2016, se recibió en esta Comisión Nacional el escrito de queja de Q en el que señaló que [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED],³ motivo por el cual falleció.

6. También indicó que solicitaba se investigara la actuación del personal médico del Hospital Psiquiátrico de la Secretaría de Salud, debido a que consideraba que el diagnóstico de V1 no fue claro y que existían incongruencias que derivaron en negligencia médica. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente de queja CNDH/5/2016/2744/Q, y para documentar las violaciones a derechos humanos se solicitó información al Hospital Psiquiátrico de la Secretaría de Salud, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

7. Escrito de queja presentado por Q, el 1 de abril de 2016, ante este Organismo Nacional. **(foja 3)**

8. Oficio SAP/DGS/3362/2016, de 1º de noviembre de 2016, por el que la Secretaría de Salud remitió el expediente clínico de V1. **(fojas 13 a 17)**

9. Oficio SAP/DGS/3356/2017, de 23 de noviembre de 2017, suscrito por el Director General de Servicios de Atención Psiquiátrica de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud; al que adjuntó, entre otros documentos, los siguientes: **(foja 191)**

¹Episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres. Organización Mundial de la Salud; <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>.

² Fenómeno agudo que se debe sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el cerebro. Organización Mundial de la Salud; https://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/es/.

³ Es la ausencia de movimientos respiratorios, con presencia de pulso.

9.1. Resumen médico del Hospital Psiquiátrico sin membrete institucional, de fecha 7 de abril de 2016, firmado por la Secretaria del Comité de Mortalidad de ese nosocomio. **(fojas 192 a 195)**

9.2. Minuta del Comité de Mortalidad del Hospital Psiquiátrico, de fecha 07 de abril de 2016, elaborada a las 12:40 horas, y firmada por diversos servidores públicos adscritos a ese nosocomio. **(fojas 196 a 198)**

10. Dictamen médico de 23 de febrero de 2018, elaborado por personal de esta Comisión Nacional respecto de la atención brindada a V1 en el Hospital Psiquiátrico de la Secretaría de Salud. **(fojas 343 a 369)**

III. SITUACIÓN JURÍDICA

11. Con motivo del deceso de V1, el personal del Hospital Psiquiátrico turnó el caso al Comité de Mortalidad de ese nosocomio, mismo que fue tratado en reunión de 7 de abril de 2016, en la que se estableció que *"El Comité Concluye y Recomienda:* [REDACTED]

[REDACTED] ...2. *Que se formen equipos con entrenamiento y capacitación en cada turno para el manejo del* [REDACTED] ...3. *Que los médicos tratantes y/o los médicos que atiendan la urgencia, soliciten en todos los casos a los familiares responsables de los pacientes fallecidos que se haga la autopsia, esperando la autorización de la misma para lograr conocimiento de las causas reales de la muerte.* 4. *Que la Dirección del Hospital y/o la Subdirección de Hospitalización realice un convenio con el Hospital General Dr Manuel Gea González para que en dicho nosocomio se lleven a cabo las necropsias.* 5. *Que la División de Atención Médica y División de Auxiliares de Diagnóstico y Servicios Paramédicos realicen por lo menos cada 3 meses con todo el personal médico y paramédico del hospital, una revisión de los carros rojos para que tengan conocimiento de que es lo que contienen, en qué orden se encuentran y se les de capacitación continua de cómo se usa el equipo médico y los tanques de oxígeno portátil."*

12. De las constancias que integran el expediente de queja se advierte que hasta la fecha en que se emite la presente Recomendación no se ha presentado denuncia por los hechos narrados en el escrito de queja; asimismo, no hay evidencia de que se haya radicado procedimiento administrativo de responsabilidad ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud.

IV. OBSERVACIONES

13. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2016/2744/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con elementos que permiten evidenciar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud que derivó en la pérdida de la vida de V1 y a la información en materia de salud de V2 y V3, atribuibles a personal médico del Hospital Psiquiátrico de la Secretaría de Salud, ello de acuerdo a las siguientes consideraciones:

A. Derecho a la Protección de la Salud

14. 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 nivel.⁴

15. El artículo 4° de la Constitución Política, en su párrafo cuarto, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección a la salud.

16. El Estado mexicano al ser parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se obliga a reconocer el derecho a la salud en su sistema político

⁴ CNDH. Recomendaciones; 77/2018, p. 16, 66/2017, p. 42; 50/2017, p. 22; 56/2016, p.28 y 14/2016, párrafo 28.

y ordenamiento jurídico nacional, *“de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población.”*⁵

17. El artículo 1° 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.”*

18. En este sentido, el 23 de abril de 2009 esta Comisión Nacional emitió la Recomendación General 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.⁶

⁵ Tesis Constitucional. *“Derecho a la Salud. Forma de cumplir con la Observación General número 14 del Comité de los Derechos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, para garantizar su disfrute”*; Octubre de 2013, Registro 2004683; y Tesis constitucional y administrativa. *“Derecho a la Salud. Su regulación en el artículo 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su complementariedad con los Tratados Internacionales en Materia de Derechos Humanos”*. Julio de 2008, Registro 169316.

⁶ CNDH. Recomendaciones 77/2018, p. 19; 1/2018, p. 20; 56/2017, p. 45; 50/2017, p. 25; 66/2016, p. 31 y 14/2016, p. 31.

19. La Suprema Corte de Justicia de la Nación en la tesis de jurisprudencia sobre el derecho a la salud y su protección,⁷ expuso 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 que sean apropiados médica y científicamente.*”

20. En el presente caso, del análisis de las evidencias que integran el expediente, se advierte que el 21 de febrero de 2016, V1 ingresó al Hospital Psiquiátrico, en virtud que presentó una recaída del padecimiento que tenía, consistente en [REDACTED], lo que ameritó el ingreso hospitalario.

21. De acuerdo a las notas médicas hospitalarias, se observa que V1 [REDACTED] situación que condicionó diversas valoraciones especializadas [REDACTED]. En el expediente clínico se desprende que desde que se diagnosticó a V1 [REDACTED] no obstante [REDACTED], ya que a pesar de que presentó una mejoría, [REDACTED].

22. Con base en lo establecido en la nota de ingreso a hospitalización del 21 de febrero de 2016, V1 [REDACTED] por presentar nuevamente [REDACTED], por lo que el día 26 del mismo mes y año se realizó una valoración por un médico especialista en Medicina Interna, quien determinó que las mencionadas alteraciones no tenían una importancia clínica significativa, por tanto, no requerían un manejo particular. V1 permaneció en internamiento hospitalario durante treinta y seis días, periodo en el cual presentó una adecuada evolución y con mejoría de la

⁷ “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. CNDH. Recomendaciones 77/2018, p.20; 56/2017, p. 46; 50/2017, p. 26; 66/2016, p. 32 y 14/2016, p. 32.

⁸ Todas aquellas conductas agresivas dirigidas hacia los demás. Esto incluye agresiones físicas, insultos o formas más sutiles de hacer daño a otra persona.

⁹ Falta de voluntad, incapacidad para tomar decisiones y ejecutarlas.

sintomatología de la [REDACTED], razón por la cual se determinó que sería dado de alta el 28 de marzo de ese mismo año.

23. El 24 de marzo de 2016, a las 22:10 horas, personal de enfermería vía telefónica reportó a la guardia médica que V1 [REDACTED]

[REDACTED] asimismo, cinco minutos después, a las 22:15 horas, V1 presentó una segunda crisis con las mismas características, la cual duró cinco minutos y [REDACTED]. Cabe mencionar que en la nota de egreso, sin fecha, se reportó que este último evento coincidió con la llegada al piso de los médicos residentes de guardia (sin que se especificaran sus nombres), [REDACTED]

[REDACTED], por lo que [REDACTED] después de 30 minutos, declarando hora de fallecimiento a las 23:05 horas.

24. Como se puede observar, a las 22:10 horas el personal de enfermería del citado nosocomio informó a la guardia médica respecto [REDACTED] de V1, sin embargo, 5 minutos después se presentó [REDACTED], teniendo la certeza, con base en las documentales que integran el expediente clínico y que fueron proporcionados por la Secretaría de Salud a este Organismo Nacional, que inmediatamente después del citado primer evento no existió médico adscrito que se haya presentado para atender a V1, por lo cual a juicio del médico de este Organismo Nacional, no existió un adecuado apego a las medidas terapéuticas para el manejo de la urgencia médica que presentó, toda vez que durante la misma no se le brindó la atención adecuada como era asegurar la vía aérea y proporcionar oxígeno complementario, como estipula la *Guía del Estado Epiléptico*.

¹⁰ Tipo de convulsión o crisis epiléptica que consiste en un movimiento rápido o una sacudida brusca de un grupo de músculos y que compromete todo el cuerpo.

25. Es importante hacer mención de tres documentos emitidos por servidores públicos y médicos residentes del Hospital Psiquiátrico, respecto a la atención que se brindó a V1 cuando presentó la segunda crisis convulsiva y de los cuales no puede determinarse si existieron médicos adscritos al momento de darse los hechos. Estos documentos indican:

a) Nota de egreso. No cuenta con fecha de elaboración, misma que fue realizada y firmada por SP, MR1 y MR2, en la que asentaron que en el segundo evento convulsivo se encontraron presentes *“médicos residentes”*.

b) Hoja de egreso. Fechada el 24 de marzo de 2016, no se asentaron los nombres de las personas que brindaron atención a V1 durante el citado evento convulsivo; se encuentra firmada sólo por MR3 y AR.

c) Nota de evolución (Nota Informativa de egreso por defunción). De fecha 25 de marzo de 2016, elaborada y firmada por SP, MR4 y MR5, en la que refirieron que al momento del segundo evento convulsivo se presentaron *“médicos de guardia”* quienes fueron los responsables de atender a V1.

26. De lo anterior queda claro que en la Nota de Egreso se menciona que quienes se encontraron presentes en el segundo evento convulsivo fueron médicos residentes, sin que haya evidencia que los mismos contaran con la supervisión de un médico adscrito al Hospital Psiquiátrico; aunado a ello, existe discrepancia en los 3 documentos debido a que el primero de ellos establece que en los hechos participaron *“médicos residentes”*, el segundo omite referir quiénes atendieron a V1, y el último se limita a indicar que fueron *“médicos de guardia”*.

27. Ahora bien, tal como se ha señalado V1 falleció el 24 de marzo de 2016, fecha que resulta coincidente con la hoja de egreso que firmó AR en su calidad de médico adscrito al Hospital Psiquiátrico, por tanto se puede inferir que tal servidor público se encontraba presente en ese nosocomio durante el segundo evento convulsivo que sufrió V1, no obstante, no existe evidencia que haya supervisado y asesorado a los médicos

residentes que atendieron a la víctima, contraviniendo lo establecido en la Norma Oficial-001 Educación.

28. Asimismo, debe tenerse presente que la *Guía del Estado Epiléptico* establece que el tratamiento en la primera etapa del estado epiléptico temprano (0 a 10 minutos), comprende medidas generales como asegurar la vía aérea y reanimación, agregar oxígeno, evaluar la función cardiorrespiratoria y asegurar una vía venosa permeable.

29. En el dictamen emitido por este Organismo Nacional, se estableció que la atención médica proporcionada a V1 por parte de MR1, MR2, MR3, MR4 y MR5, no contó con la supervisión de médicos adscritos, lo que derivó en que la misma no fuera adecuada y, por tanto, no se apegara a lo estipulado en la *Guía del Estado Epiléptico*, la cual indica el tratamiento en la primera etapa del estado epiléptico temprano y, en la *Guía de Reanimación Cardiopulmonar*, respectivamente, misma que recomienda realizar e interpretar lo antes posible un electroencefalograma para detectar actividad epiléptica en pacientes con manifestaciones clínicas de crisis convulsivas y, en su caso, considerar la electroencefalografía continua para monitorizar a los pacientes con estatus epiléptico, así como la posibilidad de utilizar un dispositivo para la vía aérea y un desfibrilador para la atención de la urgencia, sin que lo anterior haya acontecido.

30. Resulta importante mencionar que esta Comisión Nacional ha indicado que “...los médicos residentes son los profesionales de la medicina, con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, quienes se encuentran en un periodo de capacitación, y los médicos adscritos que son quienes cuentan con cédula profesional de la licenciatura en medicina o que cuentan con cédula de especialidad y tienen como mínimo dos años de inscripción en la institución de salud, siendo estos últimos los que tienen la responsabilidad de supervisar todas y cada una de las acciones que realizan tanto los internos de pregrado, como los médicos residentes, y cuya omisión pone en peligro el derecho a la protección de la salud de los pacientes.”¹¹

¹¹ Recomendación General 15 “Sobre el Derecho a la Protección de la Salud”, 23 de abril de 2009, pág. 10.

31. Derivado del fallecimiento de V1, el asunto fue analizado por el Comité de Mortalidad del Hospital Psiquiátrico, en sesión del 7 de abril de 2016, en cuya minuta se determinó que hubo incompetencias y desconocimiento para hacer uso del carro rojo, de los equipos médicos, del manejo médico de urgencia y de las acciones a seguir, así como que no se proporcionó oxígeno a V1 a pesar que se contaba con oxígeno portátil en el carro rojo.

32. El carro rojo es el *“instrumento de soporte de la vida equipado con equipo médico, material y fármacos exclusivos para la atención de pacientes con evento de paro cardíaco”*,¹² el cual de conformidad con 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 urgencia de los establecimientos para la atención médica”*, debe contener, entre otros, desfibrilador completo con monitor, marcapasos externo, tanque de oxígeno y equipo de curaciones.

33. El médico de este Organismo Nacional determinó que no existió un adecuado apego a las medidas terapéuticas para el manejo de la urgencia médica que presentó V1, toda vez que sufrió dos crisis convulsivas con una diferencia de tiempo de cinco minutos entre cada una de ellas, sin que se realizaran las acciones que se deben efectuar en el periodo de tiempo referido, ya que se advirtió que no se aseguró la vía aérea y no se proporcionó oxígeno complementario como lo indica la *Guía del Estado Epiléptico*, a pesar que se acreditó contar con un carro rojo que contenía el equipo y material necesario para otorgar una atención integral ante la emergencia manifestada.

34. Lo anterior se robustece con lo asentado en la minuta del Comité de Mortalidad del Hospital Psiquiátrico, de fecha 7 de abril de 2016, de la que destaca: *“...posterior a revalorar el caso y las acciones que se tomaron durante la urgencia, hubo incompetencias y desconocimiento para hacer uso del carro rojo y de los equipos médicos, desconocimiento para el manejo médico de urgencia y desconocimiento de las acciones a seguir...”*, además, en el informe que rindió la secretaria del mismo Comité, y que fue remitido a este Organismo Nacional a través del oficio

¹² Instituto de Salud del Estado de México, *“Manual de Procedimientos para la entrega recepción del carro rojo”*, noviembre de 2017.

SAP/DGS/3356/2017, de 23 de noviembre de 2017, se asentó: [REDACTED]

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

35. El artículo 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, define la atención médica como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud; de igual forma, el artículo 8 de la misma Ley menciona que las actividades de esta atención y que son realizadas por un médico, son de tres tipos: preventivas, curativas y de rehabilitación, por lo que es posible observar que en el caso que nos ocupa la atención que debía imperar era la del tipo preventivo, que son las que tienen por objeto efectuar una promoción general y protección específica, sin que esto haya acaecido en el presente caso de acuerdo a lo establecido en el referido dictamen de esta Comisión Nacional

36. La ausencia de las medidas terapéuticas adecuadas y oportunas ante el [REDACTED] [REDACTED], permitió que el padecimiento de V1 evolucionara sin una apropiada intervención médica, lo que condicionó [REDACTED] que ameritaba que se brindaran maniobras de soporte básico vital [REDACTED] por un lapso de tiempo de treinta minutos, las cuales, dada la gravedad del evento, no revirtieron el cuadro clínico que presentó la víctima.

37. Por otra parte, en el dictamen médico de este Organismo Nacional se estableció que dentro de las causas que pueden originar [REDACTED] [REDACTED]. En ese sentido, la *Guía de Reanimación*

Cardiopulmonar recomienda realizar e interpretar lo antes posible un electroencefalograma para detectar actividad epiléptica en pacientes con manifestaciones clínicas de crisis convulsivas y, en su caso, considerar la electroencefalografía continua para monitorizar a los pacientes con estatus epiléptico, así como la posibilidad de utilizar un dispositivo para la vía aérea y un desfibrilador para la atención de la urgencia, lo cual, tal como ha quedado acreditado en párrafos superiores no aconteció, puesto que los médicos residentes desconocían como utilizar el carro rojo y los equipos médicos, aunado a que no contaban con la supervisión de un médico adscrito, motivo por el cual se limitaron a brindar a V1 maniobras físicas y administrar medicamentos durante el soporte vital.

38. Por lo antes expuesto, el especialista médico de este Organismo Nacional concluyó que tales omisiones resultaron determinantes para el deterioro en el estado de salud de V1, vulnerando con ello su derecho a la protección a la salud, que derivó en la pérdida de la vida; de manera adicional esta Comisión Nacional ha indicado que los médicos adscritos no deben delegar *“...las responsabilidades médicas en personal que se encuentra en proceso de capacitación académica y práctica, lo cual corresponde a una desviación del servicio público en materia de salud...”*¹³

39. Como ha quedado acreditado, MR1, MR2, MR3, MR4 y MR5, en su carácter de médicos residentes fueron las personas que se encargaron de brindar la atención médica de urgencia ante el segundo evento convulsivo de V1, sin que se encontrara presente algún médico adscrito al Hospital Psiquiátrico, por ello, se vulneraron los artículos 95 de la Ley General de Salud; así como los numerales 10.3, 10.5 y 11.4 de la Norma Oficial-001 Educación, en los que se establece que los médicos residentes deben recibir la educación de posgrado bajo la dirección, asesoría permanente y, la supervisión del médico adscrito al servicio durante el desarrollo de sus actividades diarias y las guardias.

40. Con lo anterior, AR trasgredió lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27 fracción III y VI; 32, 33, fracciones I y II; 51, de la Ley General de Salud; 8,

¹³ Recomendación General 15, op., cit., pág. 9.

fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V1, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, constitucional, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*“Protocolo de San Salvador”*), así como la Observación General 14 *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas; lo anterior, debido a la falta de supervisión en la actuación de los Médicos Residentes adscritos al Hospital Psiquiátrico, así como la inadecuada integración del expediente clínico, lo cual derivó en violaciones a derechos humanos en agravio de V1, V2 y V3.

B. Derecho a la información en materia de salud.

41. El artículo 6º, párrafo dos, de la Constitución Política establece que *“Toda persona tiene derechos al libre acceso a la información”* y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

42. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.¹⁴

43. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU previene que en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con*

¹⁴ CNDH. Recomendación 1/2018, p. 74; 56/2017 p. 116

la salud. Con todo el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.”¹⁵

44. 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 en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad”* ¹⁶.

45. Por otra parte, se debe considerar que la *Norma Oficial-004 Del Expediente* establece que *“...el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”*

46. Asimismo, tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.

47. De conformidad con la *Norma Oficial-004 Del Expediente*, las notas médicas y reportes contenidas en el expediente clínico deberán precisar: nombre completo del

¹⁵ Observación General 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

¹⁶ CNDH. Recomendación General. Del 31 de enero de 2017, p. 35.

paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente, fecha, hora, nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso, y deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

48. En el dictamen médico emitido por este Organismo Nacional se concluyó que en las notas médicas proporcionadas para su estudio, y que obran en el expediente clínico de V1, se detectaron diversas irregularidades, ya que no se aprecia el nombre ni la firma respectiva del personal médico tratante, se omitieron detalles de los procedimientos hospitalarios y tratamientos, se encuentran incompletas algunas notas que sobresalen por sus abreviaturas, existe ilegibilidad, desorden cronológico, ausencia de nombres completos, firmas, cargos, rangos y matrículas de los médicos tratantes; tales omisiones representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado de V1, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose con ello el derecho que tienen las víctimas de que se conozca la verdad de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud, evidenciando un incumplimiento a lo establecido por la *Norma Oficial-004 Del Expediente*.

49. Tal como se señaló en el apartado “*Derecho a la protección de la salud*” de la presente Recomendación, existe discrepancia en la nota de egreso, hoja de egreso y nota de evolución (Nota informativa de egreso por defunción) suscritas por diferentes personas, entre las que se encuentran SP, AR y médicos residentes, lo cual repercutió en el derecho a la información de V2 y V3, madre y hermano de V1. Es importante mencionar que existe poca claridad en el contenido del expediente clínico de V1, ya que no es posible tener la certeza del personal médico que efectivamente lo atendió y qué tipo de atenciones se le proporcionaron.

50. Sumado a lo anterior, de la copia del expediente clínico de V1 que solicitó este Organismo Nacional a la Secretaría de Salud, esta Comisión advirtió que hay notas médicas que incumplen con la norma pre-citada, pues en algunas no tienen hora de realización, carecen del nombre o firma del responsable y tienen abreviaturas. De manera enunciativa, más no restrictiva, se reseñan, entre otras, las siguientes:

Nota Médica	Omisión	Punto Incumplido de la Norma Oficial-004 del Expediente
Hoja de egreso hospitalario, de 24 de marzo de 2016.	Sin nombre del Jefe de Servicio	5.10
Nota de egreso, de 25 de marzo de 2016.	Sin hora de emisión	5.10
Nota informativa del egreso por defunción.	Sin firma de MR5	5.10

51. Este Organismo Nacional ha enfatizado en la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada *Norma Oficial-004 Del Expediente*, en la que se describe la obligación de los 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, 8/2016, 40/2016, 47/2016, 75/2017, 1/2018, 52/2018, 73/2018, 77/2018, que da pauta al siguiente criterio jurídico:

“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.”

V. RESPONSABILIDAD

52. La responsabilidad de AR, proviene del incumplimiento de la Norma Oficial-001 Educación en los numerales 10.3, 10.5 y 11.4 que establecen que los médicos residentes *“...deben recibir la educación de posgrado, de conformidad con los programas académicos de la institución de educación superior y operativo de la residencia médica correspondiente; bajo la dirección, asesoría y supervisión del (...) médico adscrito, en un ambiente de respeto [...] contar permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias [...] y participar, durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo en el estudio y tratamiento de los pacientes o de las poblaciones que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los (...) médicos adscritos de la unidad médica receptora de residentes.”*¹⁷

53. Lo anterior es así puesto que de los elementos de convicción con los que cuenta este Organismo Nacional fue posible determinar que AR en su carácter de médico adscrito, se encontró en el Hospital Psiquiátrico en la misma fecha en que V1 sufrió los eventos convulsivos y posteriormente perdió la vida, ya que firmó la hoja de egreso de la víctima, sin embargo, no existe evidencia que se haya encontrado presente durante esos eventos, razón por la cual se puede inferir que no coordinó ni supervisó las actividades asistenciales, académicas y de investigación de MR1, MR2, MR3, MR4 y MR5; además, el personal que lo asistió en el segundo evento ignoraba como utilizar el carro rojo, cuya función se encuentra indicada en la *Guía de Reanimación Cardiopulmonar*, lo que representó que los médicos residentes se limitaran a realizar maniobras físicas, lo cual a juicio del médico de este Organismo Nacional fue una mala

¹⁷ CNDH, Recomendación 25/2018 *“Sobre el caso de violaciones al derecho a la protección a la salud por inadecuada atención médica en agravio de 4 recién nacidos indígenas V1, V2, V3 y V4, y a la vida de V1, V2 y V3, en el Hospital Comunitario de Guadalupe y Calvo, Chihuahua”*, 17 de julio de 2018, p. 168.

praxis, lo que resultó determinante para el deterioro en el estado de salud de V1 y su ulterior fallecimiento.

54. Asimismo, AR incumplió las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I, VI y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos, en los que se prevé la obligación que tienen los servidores públicos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

55. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1°, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política; 6°, 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 el presente caso con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud, a fin de que se inicie e integre el procedimiento administrativo de investigación correspondiente, contra AR, cuya intervención y responsabilidad se describe en esta Recomendación.

RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL.

56. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° Constitucional, *“todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”*

57. Las cuatro obligaciones reconocidas en el artículo citado también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado

mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquéllos que conforman el sistema universal de las Naciones Unidas.

58. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones faltando a la misión que le fue encomendada en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquélla que corresponda de manera específica a las personas servidoras públicas, a quienes les concierne de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

59. En la presente Recomendación ha quedado expuesta la responsabilidad de la Secretaría de Salud ante la omisión en capacitar al personal que presta sus servicios en el Hospital Psiquiátrico, incluyendo a los médicos residentes, toda vez que tal como se ha señalado en el presente documento, los médicos residentes que se encontraron en el segundo evento convulsivo de V1 desconocían como utilizar el carro rojo y los equipos médicos, por lo que se limitaron a brindar maniobras físicas y administrar medicamentos, siendo que a juicio del especialista de este Organismo Nacional tal emergencia médica ameritaba utilizar un dispositivo para la vía aérea y un desfibrilador para la atención de la urgencia.

60. Lo anterior, contraviene lo dispuesto en los artículos 129 y 130 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; así como los numerales 5.3.4 y 11.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, *“Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica”*, los que en términos generales establecen que la unidad médica deberá diseñar e implementar cursos de capacitación para el personal médico que preste sus servicios en establecimientos de salud mental, y con ello asegurar que tengan la preparación necesaria y reciban una educación continua.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO A LA VÍCTIMA. FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO A LA RECOMENDACIÓN.

61. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño, derivado de la responsabilidad institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra vía es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109, último párrafo, de la Constitución Política y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, prevé 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 deberá incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

62. De conformidad con los artículos 1, párrafos tercero y cuarto; 2, fracción I; 7, fracciones II y III; 26; 27 fracciones II, III, IV y V; 62, fracción I; 64, fracción II; 65, inciso c; 73, fracción V; 88, fracción II; 96, 97 fracción I; 110, fracción IV; 111 fracción I; 126; 130; 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, que prevé 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.

- ***Medidas de Rehabilitación.***

63. La rehabilitación busca facilitar a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por causa del hecho punible o de las violaciones de derechos humanos, por lo que a efecto de dar cumplimiento a la Recomendación, será necesario que la Secretaría de Salud

cumpla con las obligaciones establecidas en la Ley General de Víctimas, considerando los estándares de la jurisprudencia internacional de los derechos humanos, tomando las medidas necesarias para proporcionar a V2 y V3, la atención psicológica y tanatológica que requieran, misma que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado y de forma continua hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional a través de atención adecuada, atendiendo a su edad, sus especificidades de género y considerando los avances de la ciencia médica que puedan beneficiarles. Por ello, es indispensable que la Secretaría de Salud realice las gestiones para localizar a V2 y V3, y de esta manera garantizar que reciban la atención psicológica y tanatológica, misma que deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata, por el tiempo que sea necesario y en un lugar accesible, con su previo consentimiento, proporcionando información previa, clara y suficiente.

- ***Garantías de no repetición***

64. Consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de cualquier otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

65. Se deberá emitir la circular que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, que permitan garantizar la debida integración del expediente clínico, así como la permanente supervisión de los médicos adscritos al Hospital Psiquiátrico a los residentes a su cargo.

66. De igual forma, la autoridad responsable deberá implementar un curso integral en materia de derechos humanos en el Hospital Psiquiátrico, relacionado con la aplicación de la normatividad y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud a que se ha hecho referencia en la presente Recomendación. Este punto se tendrá por cumplido una vez que se envíe a esta Comisión Nacional la documentación que acredite que se impartieron los citados cursos y que se emitió la circular correspondiente.

67. Asimismo, la autoridad responsable deberá implementar un curso para la correcta utilización del carro rojo cuya función se encuentra indicada en la *Guía de Reanimación Cardiopulmonar*, dirigido al personal médico del Hospital Psiquiátrico, incluidos los médicos residentes. Este punto se tendrá por cumplido una vez que se envíe a esta Comisión Nacional la documentación que acredite que fue impartido

- **Compensación.**

68. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, se considera necesario que la Secretaría de Salud, otorgue una indemnización a V2 y V3, y los inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, en términos de los artículos 1; 2, fracción I; 7, fracción II; 26; 27, fracciones II, III, IV y V; 88, fracción II; 96, 97, fracción I; 110, fracción IV; 111; 126; 130; 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, por las violaciones a sus derechos humanos evidenciadas, como consecuencia de la responsabilidad en que incurrió el personal de esas dependencias en los términos descritos en esta Recomendación, mismo que se dará por cumplido cuando se remitan a este Organismo Nacional las pruebas con las que se acredite su cumplimiento.

- **Satisfacción.**

69. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y servidores públicos responsables de violaciones a derechos humanos.

70. Por lo expuesto, para tener por cumplidas las medidas de satisfacción, deberá colaborar en la queja que esta Comisión Nacional presentará ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud atendiendo los requerimientos de forma oportuna y completa, y tomando en consideración lo acreditado en esta Recomendación.

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

VII. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se tomen las medidas para reparar el daño ocasionado a V2 y V3, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal del Hospital Psiquiátrico, que incluya una compensación, se les proporcione atención psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación y lo establecido en la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Inscribir a V2 y V3 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de tener acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud, contra AR por las omisiones precisadas en los hechos motivo de la presente Recomendación y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su colaboración.

CUARTA. En el plazo de tres meses se diseñe e imparta a personal médico del Hospital Psiquiátrico, incluyendo a los médicos residentes, un curso para la correcta utilización del carro rojo, 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.

QUINTA. En el plazo de tres meses se diseñe e imparta a personal del Hospital Psiquiátrico, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos relacionado con la observancia de la aplicación de la normatividad y de las normas oficiales mexicanas en materia de salud referidas en la presente Recomendación, 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.

SEXTA. En el plazo de un mes, se emita una circular a través de la cual se instruya al personal médico del Hospital Psiquiátrico, para que se implementen las medidas pertinentes de prevención y supervisión, que permitan garantizar la debida integración del expediente clínico, así como la permanente supervisión de los médicos adscritos al Hospital Psiquiátrico a los residentes a su cargo, conforme a lo dispuesto en la norma oficial mexicana citada, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se designe a una persona 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.

71. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B de la Constitución Política, 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.

72. 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.

73. 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.

74. 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; 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

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ.