

Contradicciones y retractaciones

sobre la **verdad** histórica de los hechos

Caso: **Ernestina**

Ascensión Rosario

Contradicciones y retractaciones sobre la verdad histórica de los hechos / Caso: Ernestina Ascensión Rosario
Alliet Bautista Bravo, Valentina Batres Guadarrama,
Maricela Contreras Julián y Sonia Nohelia Ibarra Fránquez
(coordinadoras)

Grupo Parlamentario del PRD
en la Cámara de Diputados
LX Legislatura / Congreso de la Unión
Av. Congreso de la Unión, núm. 66
Col. El Parque
15960 México, D.F.

México, mayo de 2008

Cuidado de la edición y corrección
Renata Soto-Elizaga
Lilia Pérez Estrada

Diseño y formación
María de Lourdes Álvarez López

El texto de este libro está disponible
en formato PDF y puede obtenerse en:
<http://prd.diputados.gob.mx/publicaciones/p_03.htm>.
Se autoriza plenamente (y se agradece) su reproducción,
siempre y cuando se cite la fuente.



Centro
de Producción
Editorial

Contradicciones y retractaciones

sobre la **verdad histórica** de los hechos

Caso: Ernestina Ascensión Rosario

*Alliet Bautista Bravo • Valentina Batres Guadarrama
Maricela Contreras Julián • Sonia Nobelia Ibarra Fránquez
(Coordinadoras)*

**DISTRIBUCIÓN
GRATUITA**

 Grupo Parlamentario del PRD
Cámara de Diputados
Congreso de la Unión
LX Legislatura

Grupo Parlamentario del PRD en la LX Legislatura
de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión

Mesa Directiva

<i>Javier González Garza</i>	Coordinador
<i>Francisco Javier Calzada Vázquez</i>	Vicecoordinador
<i>Ruth Zavaleta Salgado</i>	Presidenta de la Mesa Directiva de la Cámara de Diputados
<i>Mario Vallejo Estévez</i>	Presidente de Debates del Pleno
<i>Sonia Nohelia Ibarra Fránquez</i>	Administración Interna
<i>Juan N. Guerra Ochoa</i>	Proceso Legislativo
<i>Roberto Mendoza Flores</i>	Medio Ambiente y Recursos Naturales
<i>Holly Matus Toledo</i>	Equidad Social
<i>Juan Manuel San Martín Hernández</i>	Desarrollo Metropolitano
<i>Salvador Ruiz Sánchez</i>	Reforma del Estado
<i>Jesús Humberto Zazueta Aguilar</i>	Política Internacional
<i>Daniel Dehesa Mora</i>	Política Social
<i>Miguel Ángel Solares Chávez</i>	Cultura, Educación, Ciencia y Tecnología
<i>Alliet Mariana Bautista Bravo</i>	Derechos Humanos y Justicia Social
<i>Javier Hernández Manzanares</i>	Representante ante el IFE
<i>César Flores Maldonado</i>	Jurisdiccional Interna --- Comunicación Social
<i>Aleida Alavez Ruiz</i>	Jurídica
<i>Alejandro Sánchez Camacho</i>	Desarrollo Económico
<i>Rafael Franco Melgarejo</i>	Comunicaciones, Transportes y Turismo
<i>Adriana Díaz Contreras</i>	Desarrollo Rural
<i>Hugo Eduardo Martínez Padilla</i>	Vigilancia de la Auditoría Superior de la Federación y Contraloría Social
<i>Faustino Soto Ramos</i>	Finanzas Públicas
<i>Claudia Lilia Cruz Santiago</i>	Política Interior
<i>Andrés Lozano Lozano</i>	Seguridad y Procuración de Justicia
<i>Irene Aragón Castillo</i>	Vigilancia de la Administración Interna

Índice

Presentación	7
Contradicciones y retractaciones sobre la verdad histórica de los hechos	9
Introducción	
Contradicciones en los dictámenes periciales de la CNDH	26
Conclusiones sobre las contradicciones	39
Glosario	41
Análisis médico de información proporcionada por la CNDH	47
Glosario de términos	48
Procedimiento de análisis	49
1. Deficiencias en la solicitud de la CNDH a la Procuraduría General de Justicia de Veracruz para la realización de la segunda necropsia	50
2. Sobre las condiciones en que se realizó la segunda necropsia	56



3. Sobre el papel de los peritos de la CNDH como <i>observadores</i> en la segunda autopsia	58
4. Sobre la confusión de los peritos de la CNDH entre los términos <i>exhumación</i> y <i>segunda</i> <i>necropsia</i> o <i>renecropsia</i>	61
5. Sobre la causa de muerte, mecanismo de muerte y tipo o manera de muerte de la señora Ernestina	65
6. Sobre el tema del traumatismo cráneo-encefálico, fractura y luxación de vértebras cervicales	70
7. Sobre las fotografías	72
8. Sobre la labor desarrollada por el criminalista	75
9. Respecto al descarte de un traumatismo abdominal	85
10. Respecto a la cardiomegalia	88
11. Sobre la primera conclusión de la médica especialista en delitos sexuales y la médica cirujana, ambas de la CNDH	89
12. Opinión de médicos especialistas	91

Presentación

La muerte de la señora Ernestina Ascensión Rosario el 26 de febrero de 2007 en Tetlalzingo, municipio de Soledad Atzompa, Veracruz, la falta de claridad sobre las circunstancias de su deceso y la falta de ética de las autoridades inmiscuidas, evidencian la injusticia e impunidad que miles de mexicanos enfrentan día con día.

La investigación pretende mostrar las contradicciones y retractaciones en que incurrieron los servidores públicos que prestaron sus servicios en las instituciones que se relacionaron en el caso de la muerte de la señora Ernestina Ascensión, así como otorgar mayores elementos para lograr el esclarecimiento de los hechos que sucedieron en Zongolica el 25 de febrero de 2007.

Las cuestiones más críticas son las de carácter técnico científico, que se observaron con motivo de la atención médica proporcionada, en los dictámenes de médicos legistas, en las necropsias, en los análisis histopatológicos y por supuesto en la visión criminalística y patológica, que se orientaron fundamentalmente sobre la causa de la muerte de la señora Ascensión, donde no hay acuerdo visible y la divergencia es notable.

La investigación médica, documental y hemerográfica fue realizada en el ánimo de otorgar mayores elementos para llegar a la verdad histórica de los hechos del caso de la señora Ascensión.

La presente edición tiene como objetivo ofrecer información sobre éste, así como elementos para su análisis y crítica de todos los actores inmiscuidos.

El texto está dividido en dos apartados. En el primero se muestran las contradicciones sobre la causa de la muerte, la existencia de órganos, declaraciones de la víctima, pruebas médicas, actuación de distintas instancias como la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Secretaría de la Defensa Nacional y Procuraduría General de Justicia de Veracruz. En el segundo se analizan, desde la perspectiva médica, las acciones y omisiones en la actuación de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el caso.

Esperamos que este texto sea de utilidad para una objetiva investigación sobre el caso y para la discusión abierta, sin censura, de la muerte de la señora Ernestina Ascensión Rosario.

Dip. Alliet Bautista Bravo

Palacio Legislativo de San Lázaro, febrero de 2008

Contradicciones y retractaciones sobre la verdad histórica de los hechos

INTRODUCCIÓN

CONTRADICCIONES Y DIVERGENCIAS EN EL CASO DE LA SEÑORA ERNESTINA ASCENSIÓN

Es claro que las múltiples contradicciones y retractaciones en que han incurrido los servidores públicos que prestan sus servicios en las instituciones que se relacionaron con la muerte de la señora Ernestina Ascensión y el esclarecimiento de los hechos que sucedieron en Zongolica el 25 de febrero de 2007, se pueden clasificar en dos vertientes fundamentales, las contradicciones técnico-jurídicas y las contradicciones periciales que están presentes en y entre las siguientes instituciones:

- Procuraduría General de Justicia de Veracruz
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos
- Secretaría de la Defensa Nacional
- Procuraduría de Justicia Militar

Los puntos más álgidos son los de carácter técnico-científico, que se han observado con motivo de la atención médica proporcionada, en los dictámenes de médicos legistas, en las necropsias, en los análisis histopatológicos y por supuesto en la visión criminalística y patológica, que se orientaron fundamentalmente sobre la causa de la muerte de la señora Ascensión, donde no hay acuerdo visible y la divergencia es notable.

En el caso de la agresión sexual, por ambas vías, que también ha sido controversial, los servidores públicos de las instituciones siguientes han escenificado la descalificación y la contradicción, cada uno de ellos arrogándose el método científico y su expertis para validar y dar fuerza a sus opiniones:

- Comisión Nacional de los Derechos Humanos
- Dirección General de Servicios Periciales de la PGJEV
- Médicos tratantes del Hospital Regional de Río Blanco (que tiene el premio nacional por su calidad dentro de las unidades de segundo nivel de la Secretaría de Salud federal)
- Hospital Regional de Veracruz (de la Secretaría de Salud estatal)
- Hospital 1° de Octubre (ISSSTE)
- Peritos de la Procuraduría de Justicia Militar

Se añade a lo anterior la determinación de la Procuraduría General de Justicia de Veracruz de no ejercer acción penal, con base en los análisis técnico-jurídicos y científicos, que están en las actuaciones ministeriales de la averiguación previa 140/07, es decir, justamente las que son materia de la controversia y sobre los cuales no hay certeza ni veracidad tanto para autoridades

ministeriales (que dieron fe de lesiones), como para los mexicanos en general.

Surge una incongruencia final al dejar abierto un desglose para investigar la manipulación de las pruebas o la impericia de quienes las emitieron, lo que dramáticamente nos lleva a considerar que es irrelevante el valor que se le otorgue a las pruebas de los auxiliares del agente del Ministerio Público y a la propia fe de lesiones ministerial e incluso (como se señaló) pasa a segundo plano si la muerte de la señora Ascensión fue por causas mecánicas, es decir, traumáticas, o no.

Cómo plantear un no ejercicio de la acción penal, cuando las pruebas mismas están sujetas a investigación y revisión, independientemente de que se aceptara sin mayor razonamiento lógico-jurídico lo señalado por los peritos de la CNDH.

Lo anterior nos lleva sin lugar a dudas a:

- a) Una falta de certeza jurídica en la investigación de los hechos, y consecuentemente no conocemos ni la verdad jurídica, ni la verdad de los hechos mismos que originaron las investigaciones.
- b) Una gran debilidad del sistema de procuración de justicia en nuestro país, así como de la protección fundamental de los derechos humanos de los ciudadanos en general y de las posibles víctimas del delito.

Necesitamos conocer la verdad sobre las investigaciones y sobre los hechos.

CONTRADICCIONES SOBRE LA VERDAD HISTÓRICA DE LOS HECHOS

I. Causa de muerte

Hospital Río Blanco	Primera necropsia Dr. J. Pablo Mendizábal	Segunda necropsia Dr. Ignacio Gutiérrez Vázquez	CNDH Dr. Fernando Cervantes Duarte	PGJ Militar
<ul style="list-style-type: none"> • Se desconoce la anotación del Hospital Río Blanco de la causa de muerte y su etiología, ya que no atacó el sangrado rectal, ni corroboró la posible perforación del recto, que pudo ser factor derivado para el <i>shock</i> hipovolémico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo craneoencefálico, luxación de vértebras cervicales, y anemia aguda. • Muerte mecánica traumática. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia aguda secundaria, <i>shock</i> hipovolémico debido a sangrado de tubo digestivo. • Muerte mecánica traumática. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia aguda por sangrado de tubo digestivo secundario a úlceras gástricas pépticas agudas. • Neoplasia hepática maligna. • Proceso neumónico en etapa de resolución. • Isquemia intestinal. • Trombosis mesentérica. • Señala que en las necropsias debieron analizarse otros órganos aunque no se relacionaran directamente con el sangrado y los órganos vinculados con la supuesta muerte natural. • Si estaban como simples observadores en la segunda necropsia, ¿cómo evidencian que la causa de muerte no era la correcta? 	<p>Guarda silencio al respecto aunque inició su averiguación previa de la Sra. Ascensión, el día 26 de febrero de 2007 a las 13:30 horas. 26ZN/04/07</p>

Así, se ha centrado la discusión sobre la causa de la muerte y los dictámenes periciales médicos, que hablan de muerte propiamente natural a pesar de que el asunto más relevante es la acreditación de la agresión sexual y el consecuente impacto en la salud de la víctima y el desenlace fatal.

Las siguientes son consideraciones en torno a la opinión de la CNDH:

- Tres diagnósticos diversos, que no se relacionan entre sí necesariamente y que evidencian discrepancias dentro del cuerpo de peritos de la propia CNDH
- La CNDH confunde el término *necropsia* con *exhumación* (19 de abril de 2007) antes de la indagatoria de la CNDH

Causa de muerte en el no ejercicio de la acción penal

Después de analizar la resolución de la primera necropsia a la que descalifica contundentemente, establece que Ernestina no fue violada, ni tampoco falleció a consecuencia de causas externas según se desprende con claridad meridiana de los dictámenes médicos por el forense Ignacio Gutiérrez Vázquez, sino que falleció de anemia aguda, secundaria a *shock* hipovolémico debido a sangrado de tubo digestivo, opinión corroborada por el Dr. Fernando Cervantes Duarte (CNDH).

Lo anterior no es exacto y se aprecia perfectamente en el presente estudio.

2. Existencia de órganos

Necropsia Dr. Ignacio Gutiérrez	Procuraduría General de Justicia de Veracruz
No existe bazo, 9 de marzo de 2007.	El 28 de marzo entregan fragmentos de bazo al Lic. Fernando Batista Jiménez de la CNDH.

3. Existencia de líquido seminal

CNDH Dr. Fernando Cervantes Duarte	Procuraduría General de Justicia de Veracruz C. Ana María Roldán García (Servicios Periciales)	Agente del Ministerio Público Lic. María de Lourdes Montes Hernández
Desestima el hallazgo de proteína P-30, porque no se cuantificó y pide laminillas e hisopos con los que se hizo la prueba en la Procuraduría estatal, para sus pruebas propias. Apparently requiere eyaculación para considerar la existencia de la violación.	El líquido seminal se consumió en el análisis (28 de febrero). Resulta positiva fosfatasa ácida y proteína prostática P-30 (sólo presente en próstata) y negativa células espermáticas, todo en la región anal (se acredita con un hisopo de la muestra tomada) (26 de febrero). No es necesaria la eyaculación hasta este momento.	No se entregó líquido a la Sedena para ser comparado con sangre del personal militar, aunque la Sedena hizo presumir la existencia de muestras en su poder según comunicado, y durante la segunda necropsia estuvo el perito químico de la Procuraduría Militar.
Hospital Río Blanco	Primera necropsia 26 de febrero de 2007 Dr. Juan Pablo Mendizábal Pérez	Segunda necropsia Sedena-Químico
Dos de los médicos señalan líquido blanquecino en introito vaginal. Aplican sonda de Foley, previo aseo de zona externa vaginal.	Apreció abundante líquido seminal, los químicos de dicha procuraduría no encuentran semen, sólo P-30 acredita posible penetración anal pero no eyaculación.	No toma muestras, pero hay fotos que acreditan la intervención práctica de peritos militares. Hay duda sobre si el químico sólo observó o tomó muestra.

4. Declaración de la víctima

CNDH	Gobierno del Estado	PGJV
<p>No dijo que se le echaron encima los soldados; se ignora el nombre del perito traductor; además, los peritos señalan hipoxia en la víctima sin acreditarlo.</p> <p>No ha podido precisar el nombre del perito traductor (al parecer de nombre Víctor, del INAH).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Martha le dijo a 6000 gentes de poblado enfrente del presidente municipal entre la una y dos de la tarde el día 27 de febrero de 2007. 	<p>No habla porque estaba herida e inconsciente (no hay sustento).</p> <p>Lo que significa que no manifestó Ernestina nada. No obstante hay 5 declaraciones en la averiguación previa que les consta que Ernestina Ascensión habló a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. José Vázquez Elena 2. Luis Aguilar Ascensión 3. Martha Inés Ascensión 4. Alfredo Inés Ascensión 5. Francisco Inés Ascensión 	<p>No da valor a los 5 dichos, que refieren que de viva voz les manifestó que los soldados se le echaron encima; a pesar de ser un indicio importante.</p>

5. Análisis patológico e histológico

CNDH Dr. Carlos Alejandro Hernández González	Hospital 1° de Octubre ISSSTE	Hospital Regional de Veracruz Secretaría de Salud estatal Dr. Luis Tenorio Villalvazo
<p>Recibe muestras de órganos de Sra. Ernestina Ascensión y concluye que no hay lesión alguna a pesar de que el análisis histopatológico no es la prueba idónea para acreditar la existencia de lesiones si las muestras se toman de tejido sano de un órgano que no esté totalmente lesionado.</p>	<p>Analizan las muestras a petición de la CNDH. Se desconoce con precisión el resultado del análisis y el tipo de análisis realizado; se supone que este último es histopatológico, aunque no se sabe el motivo que originó la elección de ese hospital. (Las muestras las tuvieron alrededor del 25 de marzo de 2007.)</p>	<p>Analizan las muestras a petición de la PGJEV. Se desconoce el resultado de los mismos (10 de abril de 2007, 6 fojas, 12 fotografías). Concluye que no se pueden hacer pruebas histopatológicas por la degradación de los órganos que les proporcionaron el 2 de abril de 2007. Se dice que las prendas sobre las que realizaron las pruebas de genética no son las correctas.</p>
	<p>¿Hay similitudes o divergencias? ¿Aquí sí se pudo trabajar con los fragmentos de órganos a pesar de la degradación?</p>	<p>¿Se usó el mismo método y tipo de análisis? ¿No hay coincidencia con él?</p>

6. Lesiones vaginales*

Hospital Río Blanco SSF	Dra. Rodríguez Peritaje médico legal	PGJV Dr. Mendizábal Primera necropsia	Dr. Gutiérrez Segunda necropsia	CNDH
<ul style="list-style-type: none"> • Envía resumen clínico, 26 de febrero de 2007. • En acta circunstanciada, el Dr. Hugo Zárate Amezcua, el 9 de abril de 2007, señala que no hay lesiones, y en su calidad de director dice que le informan los médicos que no hay agresión sexual. Es un testigo de oídas. • Sin embargo, en la misma acta el Dr. Érik Maya reporta equimosis en vagina, cérvix posterior. 	<ul style="list-style-type: none"> • Labios mayores con laceraciones (3 a 5 y 7 a 11). • Labios menores con equimosis difusas. • Equimosis pared posterior de la vagina. • Equimosis en toda la orla himeneal. • Orquilla vulvar heridematosa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desgarro reciente a las 6 horas. • Equimosis y eritema en región púbica. • Abundante líquido seminal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Edema vulvar. • Eritema en labios mayores y menores. • Toma de muestras del interior de la vagina. • Como conclusión: sólo laceraciones y eritemas en región genital. 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay desgarro alguno ni alteración de penetración de cualquier objeto romo de diámetro mayor al vaginal.

* Se ignoran las apreciaciones de la Procuraduría de Justicia Militar.

7. Lesiones anales

Hospital Río Blanco		PGJV	
Con vida Ernestina Ascensión	Con vida Ernestina Ascensión Pericial médico legista	Primera necropsia	Segunda necropsia
<p>Los médicos tratantes presumían posible perforación del recto (esta presunción sólo pudo haber sido porque observaron lesiones o porque la sangre era fresca); no obstante no corroboran su diagnóstico con una exploración armada.</p> <p>Tres de los médicos tratantes coinciden en secreción hemática por recto y rectorragia (sangrado de sangre viva producida en tubo digestivo bajo o recto) o la secreción hemática indica inflamación.</p> <p>El Dr. Érik Maya como diagnóstico presuncional señala agresión sexual y posible perforación de recto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Región anal, con eritema. • Pliegues radiados de ano con escoriaciones epidérmicas. • Esfínter anal con desgarros recientes (11 a 1), con sangrado escaso, líquido hemático transanal, abundante cantidad, a través del ano. <p>Realiza la clasificación legal de lesiones “con pruebas de perforación rectal, las lesiones que presenta por su naturaleza sí ponen en peligro la vida y tardan en sanar más de 15 días”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se señalan desgarros recientes y múltiples (12, 6 y 9 hrs). • Melena (sangre tipo moronga). • Salida de líquido hemático por recto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay escoriaciones en el recto y se produjeron estando viva la Sra. Ascensión. • Región anal con múltiples zonas equimóticas. • Pliegues anales con desgarros recientes, uno con forma de bicel (toma de muestras anales).

CNDH	PGJ Militar
<p>No hay lesiones ni desgarró.</p> <p>Dr. Fernando Cervantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Los desgarró deben estar dentro no fuera”, pero no aclara si hay desgarró externos. • Critican la segunda necropsia, porque dicen que los cortes (que no escoriaciones) se produjeron por bisturí en la primera necropsia, pero éstos sólo aparecen en la segunda y son realizados por peritos militares. 	<p>En la segunda necropsia toman muestras y están presentes los peritos militares; y según fotos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparecen realizando cortes para análisis. • Aparecen en zona cercana al ano realizando cortes. <p>Se ignora el resultado de sus análisis.</p>

8. Lesiones corporales en vida de Ernestina Ascensión Rosario

Fe de lesiones ministerial 25 de febrero (23:11)	Médica legista Dra. María Catalina Rodríguez Rosas 25 de febrero de 2007, 23:40 horas
<ul style="list-style-type: none">• Hematomas en la espalda• Hematomas en el brazo derecho y parte interna de las piernas	<ul style="list-style-type: none">• Equimosis difusas en tórax posterior izquierdo (espalda) con predominio en región escapular (omóplato) e interescapular vertebral• Múltiples equimosis de borde irregulares, con eritema (inflamación con mancha roja y edema perilesional (hinchazón) en pierna izquierda• Equimosis (mancha amarilla o negrusca por golpe) de un centímetro en muslo derecho, tercio superior antero-lateral interna (con vida aún Ernestina Ascensión)

Opinión de la CNDH:

- No niega las lesiones corporales, pero no las vincula con los hechos.
- Presume que se produjeron en el traslado o con hierba del lugar.
- Dice que hay mecánica de lesiones, pero no figura en ningún documento el razonamiento respectivo.
- Afirma que no son mortales.
- Confunde la lesión del pecho, con la preanimación cardiaca y con el hematoma en mama.
- No obstante que se aclara en la segunda necropsia.

9. Lesiones corporales

<p>Primera necropsia 26 de febrero de 2007, 11:00 horas Dr. Juan Pablo Mendizábal</p>	<p>Segunda necropsia 9 de marzo de 2007 Dr. Ignacio Gutiérrez</p>	<p>PGJV Criminalista</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Hematoma en fájina frontal. • Lesiones en tórax derecho e izquierdo (equimosis). • Glándula mamaria derecha cuadrante con equimosis. • Equimosis en brazos, tercio medio, cara anterior. • Equimosis en antebrazos, tercio medio, cara anterior. • Piernas tercio medio superior y media cara anterior con escoriaciones dermoepidérmicas y en rodillas. • Proceso varicoso. • Luxación de vértebras y hemorragia en el temporal derecho. • Pulmón izquierdo en cobilo superior con hemorragia. • Proceso de cardiomegalia y lesiones por infarto agudo al miocardio. 	<ul style="list-style-type: none"> • En cabeza equimosis por contusión de color violáceo en forma tenue situada en región frontal media y porción derecha. • Equimosis por sujeción de color violáceo en tercio medio cara anterior externa en brazo derecho. • Tórax anterior con zonas equimóticas de un centímetro de diámetro de color violáceo en región supramamaria a nivel cuadrante superior externo y equimosis por contusión en región paraexternal (omóplato izquierdo). • Tórax posterior con equimosis por contusión violácea tenue situadas en región escapular e infraescapular izquierda. • Reconoce y refiere lesiones por reanimación cardiaca. • Sin bazo, se toman muestras de vísceras de hígado e intestino. • Melena (sangre amorongada) en intestino grueso y delgado. 	<p>Dictamen criminalista:</p> <p>“Equimosis en ambos brazos, glándula mamaria cuadrante externo, equimosis pectorales (reanimación), escoriaciones epidérmicas en ambos miembros inferiores con problemas varicosos, hematoma en región frontal y pariental izquierda y porción herida contusa en región temporal izquierda”.</p>

10. Pruebas genéticas forenses

<p>1º de marzo. Perfil genético, basado en las muestras de hígado, bazo, páncreas, pulmón y cabellos encontrados.</p>	<p>—————></p>	<p>No queda claro en dónde se registró el resultado.</p>
<p>7 de marzo. Perfil genético de pruebas. Entregado el 13 de marzo. Perito: Estela Muñiz Lozano.</p>	<p>—————></p>	<p>Señala que varias prendas no fueron viables para su estudio genético, ya que las muestras se agotaron durante el proceso, salvo la blusa verde que tiene material genético biológico del sexo masculino, por lo que se sugiere estudio genético de cromosoma “Y” (masculino).</p>
<p>9 de marzo. Perfil genético. Muestras tomadas en la exhumación: uñas de las dos manos, muestras vaginal interna y externa, del cuello del útero, moco cervical, parte interna y externa de ano, cabello encontrado entre el pulgar e índice de la mano derecha, calzón amarillo, blusa color rosa, pañal desechable y comparar con las ropas remitidas... muestras de pulmón izquierdo, intestino delgado, hígado, corazón, estómago, contenido gástrico, sangre bóveda craneana encéfalo y melenas entregadas el 2 de abril al Hospital General de Veracruz.</p>	<p>—————></p>	<p>Histopatológicamente el Dr. Luis Fernando Tenorio Villalva señala: “las muestras del pulmón, corazón, hígado, estómago, intestino, no pueden ser peritados porque no son útiles por presentar destrucción celular (autolisis)”.</p> <p>Análisis de cromosoma “Y”. Q.F.B. María de Lourdes Vega Navarrete de Anigen realizó estudio genético de cromosoma y determinó que en blusa verde (que llevaba Ernestina Ascensión) y puente pantaleta amarilla “se advierte la contribución biológica de al menos tres individuos varones” por la mezcla de fluidos biológicos, no se determina el haplotipo.</p>

Actuación de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Actuación	Apreciación
<p>Inicia una investigación por violación de derechos humanos que se convierte en una realización y aportación de pruebas periciales, como lo hace quien es parte en la indagatoria y además juzga y califica la acción ministerial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporciona el nombre del perito traductor que desestima la declaración, Valentín “N”. • Ignora analizar el DNA de las cáscaras de naranja, de soldados ubicados en la cercanía de donde se encontraba Ernestina (tiempo, modo, lugar y circunstancias), según el dicho del Dr. Fernando Cervantes Duarte. • Pide una segunda necropsia por dudas médicas, pero nunca analiza otras pruebas ni pide ampliación de declaraciones. • Busca inducir los resultados de la segunda necropsia del doctor Ignacio Gutiérrez, quien parte a Orizaba sin recibir los consejos del personal de la CNDH. • No cuestiona la fe ministerial de lesiones, pero cree que las lesiones se hicieron en el traslado al hospital, sin fundamentar esa creencia, ni documentarla médicamente.
<p>Involucra a: Hospital Río Blanco de la Secretaría de Salud federal que remite acta circunstanciada de fecha 10 de abril de 2007, firmada por el director de dicho hospital y por los médicos tratantes, donde niegan cualquier agresión sexual. Sin embargo en el propio cuerpo del acta están los diagnósticos del Dr. Érik Maya, de posible abuso sexual, perforación del recto y rectorragia, así como lesión del cérvix vaginal.</p> <p>Acta de circunstancias que sucedieron 43 días antes (el 26 de febrero muere Ernestina Ascensión, última fecha de la intervención del Hospital de Río Blanco). Las actas circunstanciadas se levantan inmediatamente después del hecho de que desean dejar constancia delimitadamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El Hospital 1° de Octubre del ISSSTE realiza las supuestas pruebas histológicas, sin que se justifique el motivo por el cual ese hospital fue elegido por la CNDH, el procedimiento para su elección y quiénes son los patólogos, y si pidió realizar las pruebas a pesar del deterioro de los órganos. • Valoración de los peritajes de la CNDH: Si observó fallas en los procedimientos de la segunda necropsia, ¿por qué no lo manifestaron y pidieron que se asentaran? No queda claro el objeto de la observación de la CNDH. ¿Observaban para garantizar que los procedimientos fueran los correctos?, ¿u observaban para tener elementos para la crítica y el descargo correspondiente?

Actuación de la Secretaría de la Defensa Nacional

Actuación	Apreciación
1. La Sedena informa de las investigaciones a la opinión pública en nombre de la Procuraduría General de Justicia de Veracruz (comunicado 019-6-III-07).	<ul style="list-style-type: none"> • Invade el fuero común civil.
2. Inició la averiguación previa el 26 de febrero de 2007 de oficio por la muerte de una civil sin señalamiento expreso de militares.	<ul style="list-style-type: none"> • No se revisa la competencia de la Procuraduría Militar.
3. La Base García opera en apoyo al combate contra el narcotráfico, es decir, en apoyo de la PGR (no se menciona qué ministerio público federal encabeza la investigación, que está ausente en este caso).	<ul style="list-style-type: none"> • La PGR no ha informado al respecto aunque la CNDH aparentemente le ha solicitado información.
4. La Sedena prometió análisis comparativo de la sangre de los efectivos con el líquido seminal. En su comunicado 020 de 17 de marzo, indica que los resultados estarán en un plazo de 15 a 20 días y que habrá el apoyo de los servicios periciales de la PGR.	En el periódico <i>La Jornada</i> aclara la Sedena por medio del general brigadier Mario Lucio González Cortés, director de Comunicación Social: que no tiene muestras de líquido seminal y que presumía que dichas muestras estaban en poder de la autoridad investigadora (PGJV).
5. El día 1º de marzo la PGJV le solicitó entregar la averiguación previa núm. 26ZN/04/07.	No se aprecia ni la entrega de la averiguación previa ni el razonamiento procedente del no ejercicio de la acción penal.

Actuación de la Procuraduría General de Justicia de Veracruz

1. El no ejercicio de la acción penal se basa en la investigación de la CNDH de la investigación, que realizó sobre el ministerio público y sus auxiliares, en torno a la muerte de Ernestina Ascensión Rosario, pero inauditamente no versa sobre los hallazgos que corroboran o no la violación y factores desencadenantes de la muerte.
2. Inadecuadamente la agresión sexual violación debe acreditarse según la CNDH con la presencia de semen, con lesiones graves vaginales o anales, desestimando el uso de la violencia moral, clásica de estos delitos, agravada por la actividad de los probables responsables y la existencia de lesiones corporales que sólo pueden producirse por sujeción.
3. Son incuestionables las posibles fallas de los servidores públicos, para lo cual la PGJ de Veracruz dejó un desglose ministerial para investigar el manejo de pruebas y la certeza de éstas, pero incongruentemente determina concluir la investigación de la muerte de Ernestina Ascensión, con base en una investigación viciada.
4. Donde fue hallada no se realizó una inspección a campo abierto, ya que no es claro si los hechos se dieron en el mismo lugar donde encontraron a Ernestina.

Es notable que a la Procuraduría, fuera de las pruebas de medicina forense y algunas de genética, le fue imposible realizar diversas pruebas sin que fundamentara su impedimento, en tanto que la CNDH con fragmentos similares, proporcionados por la PGJV, sí realizó diversos estudios.	
1° de marzo. Dictamen toxicológico Q.F.B. Gerardo Balboa (PGJV)	<ul style="list-style-type: none"> • La muestra de sangre se encuentra diluida y contaminada con agua, procedente del hielo empleado para su conservación en su transportación (no se llevó a cabo el análisis).
10 de abril. Dr. Arturo Mora Ochoa, director del Hospital Regional de Veracruz. Reporte histopatológico realizado por anatomía patológica, Dr. Luis Fernando Tenorio Villalvazo.	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte con 12 fotografías, 6 hojas, tejidos estudiados de pulmón, corazón, hígado, estómago e intestino. Concluye: no pudieron ser peritados, ya que no son útiles por presentar autólisis (destrucción celular).

3 de abril. Informa a la CNDH que no hay líquido seminal, que se consumió y que al Ejército no le fue proporcionado (pero el 9 de marzo asistió un perito químico militar a la necropsia, no hay constancia si tomó muestras o no).

5 de abril. Q.F.B. Joel Martínez Quiroz concluye “que no es posible emitir dictamen de estudio toxicológico de las muestras de pulmón izquierdo, estómago, contenido gástrico, muestra de sangre de bóveda craneana, muestra de intestino delgado, encéfalo, entre otros”.

12 de abril. Declararon los médicos del Hospital Río Blanco (Érik Maya) y sólo se hacen constar los mecanismos de reanimación y sus posibles lesiones, dejando fuera lesiones de espalda, omóplato y lesiones de cérvix vaginal que no se pudo hacer en el traslado y no se diga de la rectorragia.

16 de abril. La reconstrucción del hecho, “toda vez que de las constancias se desprende la investigación del delito de violación y homicidio”.

21 de abril. Se pide los documentos técnico-científicos a la CNDH.

Conclusión

Se desestiman todas y cada una de las pruebas que pueden acreditar la agresión sexual y el desencadenamiento por ésta de la muerte de Ernestina Ascensión.

CONTRADICCIONES EN LOS DICTÁMENES PERICIALES DE LA CNDH

La fundamentación que tiene la CNDH para afirmar que Ernestina Ascensión no fue víctima de violación y murió por causas naturales y no mecánicas o traumáticas, radica en las supuestas contradicciones entre las necropsias y médicos legistas, que la examinaron con vida, y todas estas determinaciones médicas con el cuerpo de expertos de la CNDH que valoraron pruebas médicas que han sido ampliamente difundidas. Simplemente procedió a descartar muchas de las determinaciones médicas a veces sin sustento y con la simple afirmación, sin pruebas contundentes.

No documentó sus hallazgos, simplemente afirmó o negó sin seguir los pasos básicos de la propedéutica médica, consistente en: interrogatorio clínico, inspección, palpación, percusión, auscultación, toma de signos vitales, exámenes de laboratorio o gabinete, que los lleva a formular una conclusión con sustento.

La supuesta prueba científica histopatológica sobre los órganos está en entredicho por el Hospital Regional de Veracruz, que no pudo realizar estos estudios por el grado de destrucción de los órganos, el 2 de abril de 2007.

Es de señalarse que en internet la CNDH subió la versión desglosada y detallada que denuesta el resto de las opiniones de los expertos de la PGJV, algunos de los cuales ante la suspensión se retractaron o *acomodaron* sus dictámenes en declaraciones posteriores.

Esta versión oficial de los hechos presenta las siguientes contradicciones:

Contradicciones CNDH

Apreciación de la CNDH	Inexactitud y contradicción
Hay discrepancias sobre la causa de muerte en relación con la necropsia de la PGJV.	No se establecen los mecanismos que generaron la muerte de Ernestina Ascensión y la consecuente causa de muerte, observándose discrepancia entre los propios peritos de la CNDH, ya que el internista de ese organismo establece la trombosis mesentérica (coágulos en los vasos sanguíneos del abdomen) y el resto anemia por sangrado de tubo digestivo secundario a úlceras pépticas agudas (¿eran varias úlceras, dónde se localizaron?). Y gravemente se aprecia que en su conjunto produjeron la muerte y al mismo tiempo señala que cada una de las enfermedades en lo individual pudieron producir la muerte y no justifica el sangrado transrectal.
Se aprecia que no hay lesiones ginecológicas y protológicas producidas por una penetración.	Afirmaciones de los peritos médicos de la CNDH sin mayor sustento que la simple negativa, sin que se incluya el procedimiento para llegar a tal conclusión y desestimar como observadores las lesiones existentes en las regiones anales y vaginales.
Indican que las alteraciones anales fueron producidas por la manipulación en la exhumación para separar los glúteos y visualizar la región y consecuentemente se produjeron <i>post mortem</i> .	Durante la segunda necropsia se refiere que con cuidado se procedió a separar los pliegues y los peritos de la Sedena hacen cortes con bisturí en la zona cercana al ano, como se aprecia en las fotos que tiene la CNDH, pero no afectan los pliegues que son los que presentan lesiones. Y sobre todo indica la CNDH las características de haberse producido <i>post mortem</i> , pero no lo acreditan o documentan, simplemente lo afirman.
La apreciación del perito criminalista simplemente es negar la existencia de lesiones.	No se determina consecuentemente la edad de las lesiones (patólogo) y documentan cómo se produjeron las lesiones o su ausencia y estas conclusiones están ausentes (no se menciona la técnica empleada para determinar la existencia de lesiones).
El patólogo señala que hay, en las muestras de corazón, intestino delgado y cerebro, datos de isquemia e hipoxia cerebral.	Es la conclusión pericial más endeble y difícil de sustentar de la CNDH, aunque reconoce el perito criminalista que no hay hematoma en región frontal, sino equimosis en región frontal. No se señala si la isquemia es en todos los órganos que se mencionan o sólo en el cerebro.

...Contradicciones CNDH

Apreciación de la CNDH	Inexactitud y contradicción
No hay traumatismo craneoencefálico, ni luxaciones, no está sustentado, se omitió el estudio anatómico de órganos importantes: cráneo, vértebras, pulmones, corazón, hígado, etc.	El traumatismo no necesariamente deja lesión o huella ósea. El estudio anatómico de los órganos no es el procedimiento médico para descartar ese diagnóstico; son las radiografías, tomografías y resonancias magnéticas, que no se practicaron por la CNDH.
No existe cardiomegalia (aumento del tamaño del corazón) así como infarto agudo al miocardio antiguo, ya que no estudió el corazón.	Para la cardiomegalia no se requiere estudio profundo del corazón, basta con visualizarlo, la CNDH no pesó el corazón, ni determinó sus dimensiones para descartar la cardiomegalia.
No se corroboran los múltiples desgarros en regiones anales y vaginales, ni equimosis, ni eritemas y laceraciones.	Cómo realizó la CNDH la corroboración, si sólo observaba; y quien practicó la necropsia tenía mejores condiciones para determinar.
Se descartó perforación rectal.	El perito criminalista cree que se produjeron las lesiones en traslado y basa sus afirmaciones en la observación y fotografías. Se dice que él realizó la mecánica de lesiones (aunque no lo acredita), independientemente de que esta prueba debe ser realizada por un médico legista (por los conocimientos de anatomía y fisiología humana que se requieren) y no por un criminalista.
Aceptan lesiones corporales, sólo que fueron producidas por maniobras de sujeción, no de sometimiento, incluyendo la espalda.	No sustenta los motivos para descartar dicha perforación, que es fundamental para el sangrado y consecuente pérdida de sangre, máxime que la CNDH se inconforma por no recibir márgenes anales de la segunda necropsia, a pesar de que en su oportunidad el practicante de la necropsia se los ofreció a la CNDH al momento de efectuarse ésta. No se aclara el origen del sangrado transanal abundante, que no puede coincidir con la supuesta causa de muerte formulada por la CNDH.
Las pruebas histológicas (análisis de los fragmentos de órganos) demuestran las lesiones de los órganos siempre y cuando la muestra se tome de la parte del órgano lesionado; si se toma de la parte sana, puede fallar.	

Afirmaciones y acciones contradictorias de servidores públicos

Afirmaciones	Contradicciones
<p>CNDH, 5 de marzo de 2007, Dr. José Luis Soberanes Fernández (en entrevista con Carmen Aristegui)</p> <p>“Yo supongo que a estos soldados los van a dar de baja y los van a consignar ante la autoridad civil para que los juzguen. La petición mía a la Defensa Nacional sería que no se vaya a considerar esto como un servicio extraoficial militar y que lo pretenda conocer el fuero de guerra, sino que se mande al fuero civil para que juzgue este caso. Estamos aquí no solamente en el asunto de violación sino en el caso de homicidio.”</p>	<p>CNDH, 8 de marzo de 2007</p> <p>Dr. José Luis Soberanes Fernández</p> <p>Pedia la exhumación del cuerpo y ya no solicitaba dar de baja a los soldados sin una sentencia firme que los condenara y la consecuente desacreditación de pruebas, hasta llegar a negar la comisión de la violación.</p>
<p>Dr. José Luis Soberanes Fernández</p> <p>20-III-07 CGCP-043-07</p> <p>Indicó que “la primera autopsia estuvo mal hecha, por lo que pidió segunda necropsia con 16 observadores, lo que se hizo con numerosos peritos y los resultados no coincidieron en nada con el primer dictamen”.</p>	<p>Falso e inexacto. De las lecturas de ambas necropsias se aprecia que coinciden en la muerte mecánica (traumática) y describen lesiones anales, vaginales y corporales.</p>
<p>El subprocurador regional de Justicia zona centro-Córdoba, Miguel Mina, señala:</p> <p>“Es un hecho aberrante y no lo podemos soslayar... de acuerdo al dictamen médico pericial, hay traumatismo craneoencefálico, que son golpes en la cabeza, y anemia aguda producida por un desgarró que, de acuerdo al médico, había perforado parte de la región anal y que eso hubiera provocado la misma.”</p>	<p>Con el no ejercicio de la acción penal esto ya no es cierto, ni siquiera relacionan la primera necropsia, como si ésta no hubiera existido.</p> <p>El gobernador Fidel Herrera pasa a segundo término la muerte mecánica (traumática); se presume que los diversos servidores públicos de la PGJV se equivocaron y por eso fueron suspendidos, pero después fueron reintegrados a sus actividades.</p>

...Afirmaciones y acciones contradictorias de servidores públicos

Afirmaciones	Contradicciones
<p>Comunicado 019 de Sedena, 6 de marzo de 2007</p> <p>“Especialistas llevan acabo el dictamen pericial, consistente en comparar líquido seminal recogido de la hoy occisa.”</p> <p>“Se realizó a personal de Sedena un examen médico con revisión minuciosa del área genital... no presenta ningún tipo de lesión y no han tenido actividad sexual en 7 días.”</p>	<p>Aparentemente nunca tuvo líquido seminal que comparar con la sangre de los soldados, sólo supuso que la PGJV lo estaba realizando.</p> <p>Nada científica la afirmación de la Sedena sobre la actividad sexual de sus efectivos.</p>
<p>La PGJV, por medio del subprocurador regional, mantiene la línea de investigación de la agresión sexual y muerte mecánica (traumática).</p>	<p>Envía averiguación previa a la Procuraduría Militar.</p> <p>Accede a que peritos militares estén presentes en la segunda necropsia y tomen muestras que se requieran e intervengan al final de la reneropsia y no son aparentemente los supuestos desgarros con bisturí que señala la CNDH.</p>
<p>10 de abril de 2007</p> <p>Dr. Ignacio Gutiérrez (segunda necropsia)</p> <p>“Estuvieron en el procedimiento los médicos militares y ellos se llevaron muestras de todo, un juego completo de cada muestreo que se hizo del cadáver.”</p>	<p>La Procuraduría Militar tenía o no las muestras, ya que afirmó no tener las de líquido vaginal entre otras, ni se conocen los resultados del análisis de dichas muestras.</p>
<p>30 de marzo de 2007</p> <p>El gobernador Fidel Herrera respalda los dictámenes de la PGJV, y afirmó que la muerte de Ernestina “fue un crimen, no un deceso natural”. “Este crimen, como ninguno que se cometa en Veracruz, no quedará impune.”</p>	<p>30 de abril de 2007</p> <p>Al anunciar el no ejercicio de la acción penal señaló que no existió delito que perseguir y se investigará a los servidores públicos que intervinieron, aunque reactivó en el servicio a los tres servidores públicos suspendidos.</p>

...Afirmaciones y acciones contradictorias de servidores públicos

Afirmaciones	Contradicciones
<p>31 de marzo de 2007</p> <p>Noemí Quirazco Hernández afirmó tener muchas dudas sobre el dictamen de la CNDH y dijo: “no conozco una sola mujer que haya dicho que la violaron sin que ello fuera cierto y menos si tienes 73 años de edad” (CEDH).</p>	<p>El gobernador Fidel Herrera señaló que no había hablado Ernestina por estar inconsciente y herida.</p>
<p>Después de los comunicados, la Sedena permanece en silencio y se ignora el desarrollo de las indagatorias militares.</p>	<p>Contrasta con el activismo investigador de la CNDH, que realiza incluso pruebas periciales.</p>
<p>El Dr. Hugo Zárate Amezcua (director del Hospital Río Blanco) manifestó en acta circunstanciada que “por los médicos que atendieron a la paciente Ernestina Ascencio (<i>sic</i>) me enteré que la paciente no presentaba datos de haber sido violada por vía vaginal ni por vía anal”, etc.</p> <p>El acta también la suscriben los médicos tratantes Dr. Ramírez, Maya y Mendoza, quienes en el mismo documento manifiestan dos aspectos totalmente diferentes.</p>	<p>Es decir que el Dr. Zárate es un testigo de oídas al que no le constan los hechos; sin embargo, elabora y firma un acta de hechos, 43 días después de los mismos, y pese a ello la CNDH la toma en consideración, pero lo más grave es que en el cuerpo de la misma acta están las declaraciones de los médicos tratantes de Ernestina aún con vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dra. María Elena Ramírez (ginecóloga): salida franca de secreción hemática por recto y rectorragia (sangrado rectal) • Dr. Erik Adolfo Maya Noriega (cirujano): tacto vaginal con secreción blanquecina en introito vaginal; equimosis en vagina cérvix posterior; tacto rectal, sangre fresca con esfínter externo, ámpula rectal con contenido líquido, dolor a la palpación de la pared posterior del recto y del sacro por vía rectal (sangre fresca y coágulos); diagnóstico presuntivo: probable perforación rectal, probable encefalopatía y probable agresión sexual <p>Se solicitan radiografías del tórax (por qué motivo y para qué)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dr. Isidro Antonio Mendoza (médico internista): sangrado rectal, pérdida sanguínea no cuantificada

...Afirmaciones y acciones contradictorias de servidores públicos

Afirmaciones	Contradicciones
<p>CNDH, 15 de abril de 2007, Susana Pedroza, segunda visitadora de la CNDH, en <i>Milenio</i>: “Resulta que el cuerpo de la señora sólo lo abrieron; no estudiaron ningún órgano, ni el corazón, los pulmones, ni el páncreas ni el hígado, ni la cuestión vaginal ni el recto, ni el útero ni el estómago”.</p>	<p>Las constancias de las necropsias la desmienten y dejan sus afirmaciones sin valor.</p>
<p>Mtro. Emeterio López, 15 de abril de 2007, en <i>Milenio</i>: “La violencia está asociada a la violación, pero las indagatorias no han terminado de explicar la presencia de golpes y hematomas en el cuerpo de la anciana y hasta dónde estos hallazgos explican la muerte de la anciana”.</p>	<p>La indagatoria no ha terminado de explicar lo señalado por el procurador, la propia CNDH terminó la investigación de la investigación, pero no sobre la agresión sexual y la verdad histórica de los hechos.</p>

**Consideraciones especiales a la ponencia de no ejercicio de la acción penal
del fiscal especial, Lic. Juan Alatríste**

Acciones ministeriales y periciales	Conflictos técnico-jurídicos
1. Considera que las personas a las que Ernestina les manifestó de viva voz de alguna manera, la presencia de soldados cerca de ella, que estuvieron encima de ella y la violaron, son testigos de oídas.	<ul style="list-style-type: none"> • Es correcto considerar que son testigos de oídas, al igual que el Dr. Zárate, director del Hospital Río Blanco (que afirma que le dijeron que no existía abuso sexual). Sin embargo, deben considerarse como indicios, cuando lo expresó frente a varias personas conjuntamente, y el dolor en el sacro (Hospital Río Blanco) documentado por el Dr. Érik A. Maya, coincide con la descripción de la propia Ernestina de sus lesiones.
2. Señala las notas médicas y las declaraciones del Dr. Érik A. Maya sobre el estado en que aún con vida es tratada Ernestina Ascensión.	<ul style="list-style-type: none"> • Curiosamente omite el diagnóstico presuncional del abuso sexual y de perforación de recto, así como la rectorragia (sangrado fresco que sólo puede producirse en el recto), y la lesión de cérvix vaginal.
3. Solicita el 28 de febrero de 2007 al Ejército fatigas, nombres de elementos de la Base “García” que estaban de guardia, etc., lo cual le es permitido.	<ul style="list-style-type: none"> • No hay razonamiento alguno en la ponencia de resolución, sobre el motivo de la petición, ni en qué tradujo dicha información. Más aún, no hay vestigio alguno de que algún soldado haya declarado o comparcido, no sólo como probable responsable, sino para saber si por la cercanía de los hechos sabían o les constaba algún evento. Tampoco es remitida la averiguación previa militar para ampliar o fortalecer el criterio ministerial.
4. En oficio 116 de investigación de Policía Ministerial, Everardo Lagunas Vargas, el M.P concluye que no hay avance de la investigación de los hechos.	<ul style="list-style-type: none"> • No vuelve a haber reportes de la Policía Ministerial después del 26 de febrero de 2007 que se razonen en el no ejercicio; no aparece que investigaran a los soldados que comían naranjas en la cercanía del lugar de los hechos, y que el Dr. Fernando Cervantes Duarte señala que la CNDH los tiene ubicados, y que no consideraron importante practicar el examen de DNA.

**...Consideraciones especiales a la ponencia de no ejercicio de la acción penal
del fiscal especial, Lic. Juan Alatríste**

Acciones ministeriales y periciales	Conflictos técnico-jurídicos
5. No fueron llamados a declarar por lo menos como testigos los soldados ubicados por el Dr. Fernando Cervantes (CNDH).	<ul style="list-style-type: none"> • No hay ninguna diligencia sobre personal militar, ni siquiera apreciación de los documentos que le remitió la Procuraduría Militar atendiendo la solicitud de la PGJV, y que se debe suponer existió alguna motivación derivada de las investigaciones para tal petición.
6. Se habla de una inspección ministerial el 27 de febrero de 2007, donde aparentemente no se encontraron datos.	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca se practicó una inspección abierta de la zona donde aparentemente fueron los hechos, que no necesariamente es el lugar donde se encontró Ernestina, por lo que 100 metros a la redonda de este punto se debió haber practicado un barrido de la zona para posible recolección de evidencias.
7. El 1° de marzo el teniente de Justicia Militar y M.P. Militar, Lic. Ángel Hernández Alamilla, remite información solicitada y manifiesta que continúa con las investigaciones en la averiguación previa núm. 26ZN/04/07.	<ul style="list-style-type: none"> • Esa información que solicitó la PGJV no tiene ningún procesamiento lógico jurídico, ni siquiera se motiva la solicitud y mucho menos se emplea para robustecer las investigaciones. ¿En qué concluyó la investigación paralela de la Procuraduría Militar?
8. Los peritos militares estuvieron presentes el 9 de marzo en la necropsia, y participaron tomando muestras.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué no hay la mínima constancia de su actuación y no se razonó al respecto?
9. La reconstrucción de los hechos se realiza para tener medios de convicción sobre la verdad histórica de los hechos o a partir de las constancias ministeriales que indican violación y homicidio.	<ul style="list-style-type: none"> • La reconstrucción de los hechos se realiza sobre el evento de ubicar a la víctima y ser encontrada en ciertas circunstancias pero a la fecha no se ha podido precisar qué sucedió antes de que la encontraran, hechos que pueden ser constitutivos de delito.

**...Consideraciones especiales a la ponencia de no ejercicio de la acción penal
del fiscal especial, Lic. Juan Alatraste**

Acciones ministeriales y periciales	Conflictos técnico-jurídicos
10. Hay un sinnúmero de declaraciones de personas que señalan que no aportan mayores datos de convicción, incluso ampliaciones. Hay múltiples testimoniales.	<ul style="list-style-type: none"> • Su contenido se desconoce y se deja en estado de indefensión a los familiares para interponer recurso de queja contra el no ejercicio de la acción penal. • Se afirma que ninguna de ellas aporta datos sobre los hechos.
11. La psicóloga Leticia Rebolledo Rojas pretende hacer autopsia psicológica para descartar psicopatologías antes del evento por o reacción ante un abuso sexual.	La psicóloga manifestó la imposibilidad para realizarlo, pero señala síntomas de las personas que presencian o han experimentado, lo cual es irrelevante a no ser que se considere que Ernestina tenía estrés postraumático antes del evento agresivo y supuesto encuentro con soldados, por alguna razón.
12. El 24 de abril se conocía a un nuevo perito en criminalística para ampliación del dictamen de exhumación, estudio integral de dictámenes periciales y notas médicas, Mtro. Gilberto Aguirre García.	Se desconoce su dictamen y no se desglosa en el no ejercicio de la acción penal.

Retracciones del Dr. Ignacio Gutiérrez Vázquez

Afirmación en la segunda necropsia	Justificación y retractación 17 de abril de 2007	Observaciones
Equimosis violácea por contusión en región frontal media y porción derecha	Dice que se produce por golpe contra, o por objeto, que es leve porque lesionó tejido epitelial.	No hay radiografía que sustente su dicho. Aunque no ponga en peligro la vida es una lesión sin aclarar y que es indicio de violencia.
Zona equimótica región supramamaria derecha a nivel cuadrante superior externo	Dice que es debida a la presión ejercida sobre ella al igual que todas las demás lesiones del tórax.	No aclara quién la produjo y bajo qué circunstancias.
Lesiones en miembros superiores e inferiores	Señaló que las de miembros superiores son por levantamiento y traslado en vida y las de miembros inferiores producidas por las revisiones ginecológicas de los médicos, y lo que afirma es con base en sus conocimientos médicos.	Afirmaciones sin sustento, no soportadas con pruebas; y las de la revisión ginecológica por médicos que generan estas lesiones, aún más increíbles.
Edema vulvar, caráculas mirtifformes, eritema labios menores	El edema vulvar fue por aseo y rasurado de la vulva para aplicar sonda de Foley. Las caráculas son vestigios del hímen y no se señala; en caso de abuso sexual las lesiones deben ser más severas, entre otras causas por maniobras de lucha y defensa.	Circunstancias que no se señalaron en su reporte de necropsia si son lesiones de supuesto origen médico ya que la necropsia es un instrumento médico legal para establecer no sólo la causa de muerte sino también su etiología. No considera la violencia moral y las pocas probabilidades de lucha y defensa de Ernestina por su estado de vulnerabilidad social.

Declaración del Dr. Ignacio Gutiérrez Vázquez (17 de abril de 2007)

Cuestionamiento	Respuesta	Observaciones
¿Por qué no hay lesiones graves como la que señala en caso de violación anal (generalización inadecuada y acientífica sin sustento)?	Por el tiempo transcurrido no se apreciaron proceso inflamatorio y presencia de fenómenos cadavéricos o signos <i>post mortem</i> .	Esto sí lo apreció el Hospital Río Blanco estando aún con vida la Sra. Ascensión, al documentarse líquido hemático en la zona, clásico de los procesos inflamatorios.
Los desgarres anales que señala en la necropsia, ¿a qué otra causa pueden obedecer, y éstos son recientes?	Estreñimiento agudo crónico, colitis, parasitosis, malos hábitos alimenticios, ingesta de irritantes y poca agua, que provoca desgarres simétricos. Reconoce que son recientes por la sangre coagulada en pliegues.	Es interesante que se acredite la existencia de desgarres anales, contrario a lo observado por la CNDH, contradicción poco explorada por el M.P. Independientemente de que el diagnóstico en vida de rectorragia desvirtúa los malos hábitos de vida aunque reconoce que no hay elementos que acrediten el estreñimiento.
Existencia de grandes cantidades y zonas despulidas y de ulceraciones pequeñas por estrés	Señala el sangrado en el esófago y que hay cierta concordancia entre las zonas despulidas y úlceras gástricas (CNDH) por estrés (da bibliografía) y que fue corroborado por el Hospital Regional de Veracruz, en examen histopatológico que señaló que no había úlceras gástricas.	No hay reporte de que el hospital de Veracruz afirme la inexistencia de úlceras, sólo se señala en el no ejercicio que ese hospital no pudo realizar pruebas histopatológicas.
¿Se puede afirmar sin temor a equivocarse si las lesiones genitales y anales son por penetración de objeto o miembro viril?	“No existen indicios o evidencias suficientes, confiables y constatables para arribar a una afirmación en este sentido (introducción anal o vaginal), más aún, si tal introducción se hubiera realizado sin el consentimiento y menos aún, ante la resistencia de la hoy occisa.”	Dónde estaba la ausencia de consentimiento de Ernestina y su resistencia al evento. Como experto desconoce que el tipo penal de violación solicita la penetración y alguna clase de violencia como la moral, no el consentimiento y la resistencia.

CONCLUSIONES SOBRE LAS CONTRADICCIONES

1. El propio gobernador Fidel Herrera señaló que pasa a segundo plano si la muerte fue mecánica (traumática) o no, en la conferencia que notificó y explicó la resolución a los familiares de Ernestina.
2. En la cronología de las contradicciones de los servidores públicos de la Procuraduría del Estado, y de la CNDH, no han aclarado la causa de muerte y cómo se hizo las lesiones Ernestina estando en vida.
3. Los soldados de la Base García auxilian en la lucha contra el narcotráfico a la PGR, pero no se ha precisado el nombre del agente del M.P. federal ni de los agentes de la AFI, para que informen sobre el lugar preciso donde estaban los militares que los auxiliaban y la cercanía con el lugar de los hechos, entre otras aclaraciones.
4. Existen serias observaciones a las apreciaciones científicas de los peritajes médicos de la CNDH que no han sido desahogadas.
5. Se desestimó lo dicho por Ernestina Ascensión por cuestiones de traducción que no son claras, e incluso el propio gobernador Fidel Herrera llega a señalar que Ernestina no dijo nada, por estar inconsciente, con lo se concluye que Martha Inés Ascensión miente, junto con los otros cuatro testimonios adicionales.
6. Se omitieron pruebas fundamentales como la del DNA de los soldados que comían naranjas aparentemente ubicados en lugar, tiempo y quizás modo y circunstancias.
7. No se puede asegurar con la certeza que se requiere que no hubo perforación del recto y consecuente sangrado.

8. Los estudios histológicos que se han realizado arrojan las lesiones de los órganos, pero sólo de la parte del órgano de donde se tomó la muestra (a no ser que todo el órgano esté dañado como la neoplasia del hígado).
9. La proteína P-30 es evidencia de actividad sexual, relacionada con la respuesta sexual humana de los hombres y no requiere eyaculación, puede estar en líquido preeyaculatorio que tiene la función de lubricar, lo que resulta claro es que, independientemente de la cuantificación, dicha proteína se encuentra en la próstata.
10. Es obvio que aunque existan abundantes bacterias, levaduras, leucocitos, etc., en muestra de región anal (por estar en contacto con materia fecal), esto no desestima por sí mismo la presencia de proteína relacionada con líquido prostático.
11. No hay muestras de márgenes anales de diversas partes sanas o no del ano, ni obtenidas por la PGJV ni solicitadas en el momento de la exhumación por los observadores de la CNDH.
12. Las retractaciones de los médicos del Hospital de Río Blanco no han sido debidamente investigadas, cuando en sus notas médicas afirman lo contrario.
13. Se desconoce la intervención de los peritos militares en la necropsia, las muestras que tomaran y el resultado de las mismas.
14. Las pruebas de genética forense no han sido debidamente desahogadas y valoradas, y la anulación de la CNDH no es sustentable. Ejemplo de ello es que en la segunda necropsia, respecto a la muestra número uno (un pañal) no se ha mencionado el resultado de ella, por ninguna autoridad, ni por la CNDH, para desestimarla.

15. La prueba de cromosoma “Y” producida por el perfil genético realizado a partir de las manchas halladas, mismo que sólo se encuentra en varones y que reportaron material biológico de al menos tres varones.
16. Salida de líquido hemático por el recto, acredita la posible inflamación de la zona.
17. Quizá la más importante conclusión es que hay cuatro valoraciones y dictámenes médicos (del Hospital de Río Blanco, de la médica legista, de la primer y segunda necropsias) que con sus diferencias y matices sin lugar a dudas señalan lesiones vaginales y anales, y sólo la Comisión Nacional de los Derechos Humanos es divergente, sin fundamento, de estos grupos de especialistas, sin contar con la fe de lesiones ministerial que refuerza la existencia de lesiones corporales que no han podido ser desestimadas por la CNDH.

GLOSARIO

- **carúncula.** f. Especie de carnosidad de color rojo vivo y naturaleza eréctil, que poseen en la cabeza algunos animales, como el pavo y el gallo.
- **carúncula mirtiforme.** Anatomía. Resto de la membrana himeneal en la mujer que ha tenido partos.
- **cistocele.** Urología. m. Prolapso pélvico caracterizado por el descenso del suelo vesical, como consecuencia de una hipotonía vaginal. El número de partos, la edad de las pacientes y la menopausia son los factores que condicionan su aparición. Puede acompañarse de incontinencia urinaria de esfuerzo y facilita las infecciones urinarias de repetición. El tratamiento

es quirúrgico (colpoperineorrafia). Cistocele, hernia de la pared anterior de la vagina, acompañada habitualmente de protrusión del suelo de la vejiga en el introito vaginal. El útero y la vagina reciben sostén y soporte de los ligamentos cardinales, redondos y anchos, de las condensaciones de los tabiques vesico-vaginal y recto-vaginales, y de los músculos perineales. Los partos producen una distensión excesiva de estos tejidos; sin embargo, los síntomas son escasos hasta la menopausia, cuando se produce una atrofia de esos tejidos, la cual aumenta la debilidad y aparece el cuadro clínico florido. Otros defectos del sostén pélvico son el ureteroceles (protrusión de la uretra en la vagina), el rectocele (protrusión de la pared del recto), el enterocele (protrusión y hernia del peritoneo del fondo del saco de Douglas) y el prolapso uterino (descenso del útero por el conducto vaginal). Pueden presentarse combinaciones diversas de todos ellos.

Los síntomas habituales del cistocele son la protrusión vaginal, las cistitis recurrentes (por vaciamiento vesical incompleto) y la incontinencia urinaria con los esfuerzos.

- **coloproctitis.** Digestivo. Lesión inflamatoria de la región del colon y del recto.
- **crepitación.** f. Acción y efecto de crepitar. || **2. Med.** Ruido que en el cuerpo produce el roce mutuo de los extremos de un hueso fracturado, el aire al penetrar en los pulmones, etcétera.
- **eccema.** m. *Med.* Afección cutánea caracterizada por vesículas rojizas y exudativas, que dan lugar a costras y escamas.
- **edema.** m. *Med.* Hinchazón blanda de una parte del cuerpo, que cede a la presión y es ocasionada por la serosidad infiltrada en el tejido celular.

- **equimosis.** f. *Med.* Mancha lívida, negruzca o amarillenta de la piel o de los órganos internos, que resulta de la sufusión de la sangre a consecuencia de un golpe, de una fuerte ligadura o de otras causas. || **2.** Medicina legal. f. Lesión resultante de una contusión sin solución de continuidad de la piel, que produce una extravasación de sangre en el tejido celular subcutáneo por rotura de los capilares, así como dolor por desgarro de los filetes nerviosos. La sangre derramada se infiltra y difunde por el tejido celular subcutáneo, dando a la piel un color que evoluciona en el tiempo por la degradación de la hemoglobina, desde el rojo de los primeros momentos hasta el amarillo previo a su desaparición, pasando por el azul y el verde. || Cardenal. || Extravasación hemorrágica de la piel o de la mucosa de extensión mayor que las Petequias y menor que el hematoma, debida a la realización de cirugía de la zona, a traumatismo o a necrosis tisular. Ver hematoma.
- **eritema.** m. *Med.* Inflamación superficial de la piel, caracterizada por manchas rojas.
- **escápula.** f. *Anat.* **Omóplato.** m. *Anat.* cada uno de los dos huesos anchos, casi planos, situados a uno y otro lado de la espalda, donde se articulan los hombros y las clavículas.
- **esfínter anal.** *Anat.* Músculo circular que rodea al ano para el mecanismo de la continencia. Hay un esfínter interno (músculo de tipo liso, continuación de la muscular de la mucosa del recto, de control nervioso autonómico e involuntario) y otro externo (músculo de tipo estriado, continuación de los músculos elevadores del ano, de control nervioso voluntario a través de los nervios pudendos). Se encuentran en la porción superficial del conducto anal.

- **fosfatasa ácida.** *Fisiol.* Hidrolasa que cataliza la reacción del monoster ortofosfórico y del agua, dando como resultado alcohol más ortofosfato. Es más activa a un PH inferior a 7. Esta enzima se encuentra elevada, de forma considerable, en el cáncer de próstata.
- **haplotipo,** *Haplotype,* Genética, m. Combinación, en un individuo concreto, de los alelos de varios genes que están en ligamento en una región cromosómica específica.
- **hematoma.** m. Colección hemática de partes blandas o lechos quirúrgicos, espontánea, traumática o posquirúrgica. Se diferencia de la equimosis en que no hay gran infiltración en los tejidos, sino acúmulo de sangre. Ver equimosis.
- **hinchar.** tr. Hacer que aumente de volumen algún objeto o cuerpo, llenándolo de aire u otra cosa.
- **hipotermia.** f. *Biol.* Descenso de la temperatura del cuerpo por debajo de lo normal.
- **hipovolemia.** f. Situación de disminución del volumen sanguíneo habitual, que puede producir circunstancias graves si no se diagnostica y corrige a tiempo. Puede manifestarse, fundamentalmente, por hemorragia o por deshidratación de cualquier causa. Las principales características clínicas son hipotensión arterial, taquicardia sinusal, sudoración fría, palidez, oliguria y deterioro de la conciencia.
- **hipoxia.** f. *Med.* Déficit de oxígeno en un organismo.
- **inflamación.** f. Acción y efecto de inflamar o inflamarse. ||
2. Alteración patológica en una parte cualquiera del organismo, caracterizada por trastornos de la circulación de la sangre y, frecuentemente, por aumento de calor, enrojecimiento, hinchazón y dolor.

- **isquemia.** f. *Med.* Disminución transitoria o permanente del riego sanguíneo de una parte del cuerpo, producida por una alteración normal o patológica de la arteria o arterias aferentes a ella.
- **mesenterio.** m. *Anat.* Repliegue del peritoneo, formado principalmente por tejido conjuntivo que contiene numerosos vasos sanguíneos y linfáticos y que une el estómago y el intestino con las paredes abdominales. En él se acumula a veces una enorme cantidad de células adiposas.
- **periné.** *Anat.* Espacio que media entre el ano y las partes sexuales.
- **peritoneo.** m. *Anat.* Membrana serosa, propia de los vertebrados y de otros animales, que reviste la cavidad abdominal y forma pliegues que envuelven las vísceras situadas en esta cavidad.
- **rectorragia.** *Haematochezia.* Emisión por el ano de sangre de color rojo vivo o coágulos en variable cantidad, mezclada o no con heces. Es un signo de hemorragia digestiva baja, habitualmente originada en el ano, el recto o el sigma. Puede ser causada por muchas enfermedades; las más frecuentes son las hemorroides internas, el cáncer colorrectal, la diverticulosis de colon y la enfermedad inflamatoria intestinal.
- **shock hipovolémico.** *Hypovolemic shock.* Cardiología. Estado de *shock* causado por una falta de volumen intravascular, generalmente como consecuencia de una hemorragia aguda.
- **tracto digestivo.** Tubo digestivo. Tiene una longitud total de unos 9 m y se extiende desde la boca al ano. Comprende la boca, faringe, esófago, estómago, intestino delgado y el intestino grueso. La mucosa digestiva proviene de la hoja endodérmica, de la que también derivan no sólo las glándulas alojadas en la pared del tracto, sino las glándulas de gran desarrollo,

como el hígado y el páncreas. El tracto digestivo tiene encomendada la función digestiva, que consiste en la trituración, digestión, absorción de los alimentos y eliminación de los residuos no absorbibles.

- **trombo.** Grumo, coágulo. m. *Med.* Coágulo de sangre en el interior de un vaso sanguíneo.
- **trombosis.** f. Situación vascular anormal en la que se desarrolla un trombo en el interior de un vaso sanguíneo.

Análisis médico de información proporcionada por la CNDH

(...) la mayoría de los especialistas tememos ser rebatidos públicamente con contrapericias y olvidamos que las reglas del juego de las garantías procesales exigen, en este tipo de investigaciones, que la “auténtica prueba del proceso penal es la que se practica en el juicio oral sometida a los principios de: inmediación, contradicción, oralidad y publicidad”. De este modo, la contrapericia es buena y hay que admitirla como herramienta de crítica que podrá mejorar el debate en discusión y acercarnos con más claridad a la verdad que pretendemos.

Francisco Etxeberria G.

Este documento fue elaborado con el apoyo de un grupo de médicos especialistas.¹ Se analizan, desde la perspectiva médica, esencialmente dos documentos que nos fueron proporcionados por la diputada federal Alliet Bautista: “Síntesis de las indagatorias de la Comisión Nacional de los

¹ Participaron el Dr. Juan Ramón Fuentes Velasco, médico con especialidad en Angiología; el Dr. Adolfo Moreno Narváez, médico con especialidad en Medicina



Derechos Humanos sobre el caso de la señora Ernestina Ascencio” (*sic*), del 19 de abril de 2007, e “Informe sobre la reunión realizada el 2 de mayo de 2007, a las 17:00 horas en el *mezanine* de la CNDH, entre las diputadas federales Alliet Bautista y Valentina Batres y sus auxiliares, con el personal de la CNDH”.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Documentación: se refiere al registro detallado y sistemático de los hallazgos y de las actividades realizadas por escrito, mediante fotografía y/o por otros medios audiovisuales.

Preservación: se refiere a la obtención, conservación y manejo de las evidencias físicas, cumpliendo criterios de legalidad, cadena de custodia y calidad técnica.

Documentación y preservación: son los procedimientos básicos necesarios para obtener resultados exitosos en el trabajo con evidencia física tanto en la investigación como en los procesos judiciales. Asimismo, el método de la Anatomía Patológica se basa en estos dos procedimientos fundamentales que constituyen factor de éxito para el adecuado desempeño del perito.

Forense; y la Dra. María del Carmen Alvarado López, especialista en Medicina Familiar. Además se consultó a un médico con especialidad en Gastroenterología, a un médico con especialidad en Medicina Interna y a un médico con especialidad en Neurocirugía. También participó el Dr. Sergio Rivera Cruz, médico cirujano con estudios de maestría en Criminología.

PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

Para el presente análisis se tomaron en consideración los siguientes documentos:

- “Síntesis de las indagatorias de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre el caso de la señora Ernestina Ascencio” (*sic*), documento público disponible en la página de internet de la CNDH (en adelante “Síntesis...”)
- “Informe sobre la reunión realizada el 2 de mayo de 2007, a las 17:00 horas en el *mezanine* de la CNDH, entre las diputadas federales Alliet Bautista y Valentina Batres y sus auxiliares, con el personal de la CNDH” (en adelante Reunión)

También se nos puso a la vista copia de los siguientes documentos:

- Examen ginecológico; examen proctológico; certificado de lesiones y edad probable sobre el caso de la señora Ernestina Ascensión, de fecha 26 de febrero de 2007, firmado por la Dra. María Catalina Rodríguez Rosas
- Certificado de *necrocirugía* de fecha 26 de febrero de 2007 sobre el caso de la señora Ernestina Ascensión, firmado por el Dr. Juan Pablo Mendizábal Pérez
- Dictamen de *exhumación* de fecha 12 de marzo de 2007, sobre el caso de la señora Ernestina Ascensión, firmado por el perito médico forense Ignacio Gutiérrez Vásquez

A continuación se presentan los resultados del análisis, por temas, haciendo notar que en principio se hizo referencia, cuando

fue posible, a lo que señala la literatura médica; en segundo lugar, a lo que ha expresado la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (en adelante CNDH), por medio de su personal médico pericial y jurídico; y finalmente se plantean las observaciones realizadas por los médicos especialistas que analizaron el caso.

I. DEFICIENCIAS EN LA SOLICITUD DE LA CNDH A LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DE VERACRUZ PARA LA REALIZACIÓN DE LA SEGUNDA NECROPSIA

LO QUE SEÑALA LA LITERATURA MÉDICA

El dictamen pericial² es el informe escrito que rinde un perito o experto en cualquier arte, profesión o actividad, en el que da a conocer sus conclusiones respecto del examen o análisis realizado de una cuestión sobre la materia que domina y que es sometida a sus conocimientos. Debe incluir los hechos y circunstancias que sirven de fundamento al dictamen para que éste tenga eficacia probatoria y permita a la autoridad apoyarse en él al adoptar una determinación respecto de las cuestiones técnicas científicas que hayan sido planteadas por las partes.³

Si el dictamen no es elaborado mediante la fórmula de un documento técnico o pericial, es como si no existiera.⁴ Diversos

² Esta definición contiene elementos de la *Enciclopedia Jurídica Mexicana*, del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, Porrúa, 2002, pp. 524-525; de Gisbert Calabuig, *Medicina Forense y Toxicología*, quien además señala que en España al dictamen también se le puede llamar *informe*, p. 140; y de lo establecido en el artículo 175 del Código de Procedimientos Penales del Distrito Federal.

³ *Enciclopedia Jurídica Mexicana*, op. cit., pp. 524-525.

autores coinciden en señalar que el dictamen debe contener varios capítulos sustantivos, entre los que se encuentra el planteamiento del problema u objeto del dictamen,⁵ que es la finalidad que pretende el dictamen e informa al experto o perito sobre lo que se pretende que dictamine.

Por su parte, Aníbal R. Bar⁶ señala que en un dictamen pericial quien plantea las preguntas de investigación es el jurista (en este caso el visitador responsable de la investigación, o, en su caso, el juez o el agente del Ministerio Público), no el perito; éste sólo se limita a reproducir lo que se denomina *objeto de la pericia*, entendida como la delimitación del problema mediante los objetivos que se propone el jurista y que el perito hace propios.

Por otro lado, Bernard Knight⁷ señala que la autopsia médico legal tiene como función descubrir algunos o todos los hechos siguientes:

- La identidad del cuerpo
- La causa de la muerte

⁴ Francisco Etxeberria Gabilondo, *Panorama organizativo sobre Antropología y Patología Forense en España / Algunas propuestas para el estudio de fosas con restos humanos de la Guerra Civil española de 1936*, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad del País Vasco, disponible en: <http://www.sc.edu.es/scrwwsr/Medicina-Legal/_private/AnPat.htm>.

⁵ *Enciclopedia Jurídica Mexicana, op. cit.; Manual de métodos y técnicas empleadas en servicios periciales, op. cit.; Gisbert Calabuig, op. cit.; Moreno González, op. cit.; Martínez Murillo Saldívar, op. cit.; Aníbal R. Bar, "Investigación científica e investigación criminalística: Una discusión sobre aspectos convergentes y divergentes", Instituto de Ciencias Criminalísticas y Criminología, UNNE (Argentina), en *Cinta de Moebio: Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales*, núm. 16, marzo de 2003, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, disponible en: <<http://www.moebio.uchile.cl/16/bar.htm>>.*

⁶ *Op. cit.*

⁷ Bernard Knight, *Medicina Forense de Simpson*, México, El Manual Moderno, 1999².

- La naturaleza y número de heridas
- El tiempo de muerte
- La presencia de veneno
- La expectativa de la duración de vida para propósitos de seguros
- La presencia de una enfermedad natural y su contribución a la muerte, en especial cuando también hay traumatismo
- La interpretación de las heridas, sean criminales, suicidas o accidentales
- La interpretación de cualquier otro trastorno no natural, incluidos aquellos relacionados con procedimientos médicos o quirúrgicos

Vincent J. DiMaio,⁸ en su *Manual de Patología Forense*, señala que los objetivos del examen médico legal de un cadáver son:

- Determinar la causa de la muerte
- Determinar el tipo de muerte
- Documentar todos los hallazgos
- Constatar o excluir otros factores que pueden haber contribuido a la muerte o a cómo se clasificaría el tipo de muerte
- Recoger indicios del cadáver en casos criminales
- Identificar positivamente un cadáver
- Testificar ante los tribunales en relación con los hallazgos
- Interpretar su significado, cómo han ocurrido, la naturaleza del arma utilizada (si hay alguna)

⁸ Vincent J.M. DiMaio y Suzzane E. Dana, *Manual de Patología Forense*, Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 2003.

- Determinar la data de la muerte

De acuerdo con el Programa Internacional para el Adiestramiento en la Investigación Criminal, del Departamento de Justicia de los Estados Unidos, tomo: *Crímenes violentos*, versión en español por Science Application International Corporation, Technology Services Company, lo que el patólogo forense debe suministrarle al investigador en caso de una autopsia médico legal es:

- Determinar la causa de la muerte (ejemplo, un disparo en la cabeza)
- Determinar la forma en que se produjo (ejemplo, homicidio)
- Determinar el mecanismo de muerte
- Asistir en la identificación del fallecido
- Estimar la hora en que se produjo la muerte
- Identificar el tipo de arma involucrada
- Determinar cuál herida fue la fatal si hay varias
- Determinar cuánto tiempo pudo haber vivido la víctima después de haber sufrido la herida fatal
- Estimar qué acción pudo haber realizado la víctima después de haber sufrido la herida fatal
- Determinar la posición que tenía la víctima en el momento de sufrir la lesión
- Determinar la dirección de la lesión
- Evidencia de heridas en defensa propia o lucha
- Evidencia de violación o sodomía
- Evidencia de que el cuerpo haya sido arrastrado o movido
- Evidencia de que el cuerpo haya sido doblado

- Heridas producidas antes y después de la muerte
- Presencia en el cuerpo de alcohol o drogas
- Recuperación de objetos extraños del cuerpo

LO QUE SEÑALÓ LA CNDH

En la “Síntesis...” se señala:

Dichas omisiones e inconsistencias, motivaron que, el 7 de mayo de 2007, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos solicitara a la Procuraduría General de Justicia del estado de Veracruz llevar a cabo la exhumación (comúnmente llamada reencropsia) del cuerpo de la occisa.

En la Reunión, la Dra. Susana Thalía Pedroza, segunda visitadora general de la CNDH, ante la pregunta de que si la CNDH había dado alguna indicación a los peritos, en torno a la participación que ellos deberían tener en la segunda necropsia, señaló: “(...) su servidora pidió su exhumación con la presencia de la CNDH como observadores (...). Nuestra petición fue en el sentido de participar como observadores y que se hiciera bien la segunda exhumación (*sic*)”.

Más adelante, la misma Dra. Susana Thalía, dijo:

Solicitamos nosotros la exhumación del cuerpo (...) pero a ver, finalmente nosotros no podemos avalar la segunda necropsia y no lo vamos a hacer, esta CNDH está elaborando una recomendación. Lo que pedimos fue la exhumación del cuerpo para ver los hallazgos que pudiésemos ver y las irregularidades administrativas y está documentada a través de videos (...).

OBSERVACIÓN

La solicitud que hizo la CNDH está deficientemente planteada, ya que lo que pidió por medio de la segunda visitadora general, fue una *exhumación*, que en términos estrictos quiere decir *desenterrar el cuerpo*. Ello no fue corregido por los propios peritos médicos de la CNDH, quienes debieron informar a su segunda visitadora general que *exhumación y segunda necropsia* no es lo mismo, es decir, no son sinónimos. A pesar de que la solicitud fue planteada de manera equivocada, tanto el médico de Veracruz como el médico militar realizaron la *renecropsia* al cuerpo de la señora Ernestina.

Además de lo anterior hubo otra omisión muy seria: la segunda visitadora no especificó en su solicitud cuáles eran los objetivos o las finalidades que pretendía con la segunda necropsia, pues como se ve líneas arriba, hay dos autores: Knigth y DiMaio,⁹ y una institución estadounidense, que señalan los múltiples propósitos u objetivos por alcanzar en una necropsia, por lo que en cada caso deberían especificarse cuáles de todos, o todos los objetivos o propósitos, debían ser tratados de alcanzar en la renecropsia. En este caso, por ejemplo, era irrelevante establecer la data de muerte o cronotanato-diagnóstico, en virtud de que ello seguramente ya estaba incluido en el certificado de defunción, además de que la señora Ernestina murió en un hospital, en donde seguramente alguien se dio cuenta del momento del fallecimiento. Es importante señalarle al médico los planteamientos del problema o los objetivos por alcanzar, ya que ello le permite centrar su atención en alguna o varias regiones durante la necropsia.

⁹ Vincent J.M. DiMaio y Dominick DiMaio, *Forensic Pathology*, s/l, CRC Press, 2002².

2. SOBRE LAS CONDICIONES EN QUE SE REALIZÓ LA SEGUNDA NECROPSIA

LO QUE SEÑALA LA LITERATURA MÉDICA

Existe bibliografía médica que señala que una autopsia deberá efectuarse en una sala de autopsias, la cual no deberá estar a la vista del público. Respecto al material que se requiere, señala, entre otros:

- Mesa de autopsias de acero inoxidable, con drenajes de paso de agua
- Lavabo y cañería
- Armario de instrumental
- Mesa portátil de instrumentos
- Cubo de basura con pedal
- Cubeta de ruedas
- Negatoscopios para examinar radiografías
- Básculas y balanzas
- Pizarra
- Tablero de información
- Recipientes varios
- Aparato para toma de radiografías
- Frascos con fijadores
- Cámaras fotográficas
- Instrumental (bisturí de hoja fija, bisturí desechable; cuchillos de diferentes tamaños; pinza de dientes, pinzas de disección; tijeras de puntas agudas, tijeras de puntas romas, tijeras de intestino, tijeras de coronarias, tijeras de bronquios, tijeras para hueso, tijeras de brazos largos;

sonda de 1 milímetro de diámetro; costotomos; 4 clamps de intestino o hilo de lino; sierra vibratoria, martillo con gancho y escoplo; regla métrica; gasas; esponjas, cucharón o recipiente graduado)

LO QUE SEÑALÓ LA CNDH

El Dr. Fernando Cervantes Duarte, médico forense de la CNDH, en la Reunión manifestó que la segunda necropsia:

...fue en la sierra de Zongolica, a 1 hora 45 minutos de (...) Ciudad Mendoza y fue hecha en el panteón, doctor. Entonces ahí, con trabajos logramos acondicionar un lugar, perdón, acondicionaron un lugar a sugerencia de nosotros y se les pidió un pequeño templete, el cual no lo hicieron, se pusieron hules nada más, con unas bolsas que llevaban para cadáveres, y así fue como se trabajó y todo se hizo clínicamente.

OBSERVACIÓN

Debido a la trascendencia que para la fecha de la realización de la segunda necropsia ya había tomado el caso de la señora Ernestina, y al darse cuenta de las malas condiciones en que se iba a realizar la reneropsia, la CNDH debió solicitar a quienes iban a realizarla, que ésta no se llevara a cabo hasta que se tuvieran las condiciones mínimas para documentar adecuadamente dicho procedimiento médico. El hecho de que el procedimiento se hiciera en las condiciones que señaló el Dr. Fernando Cervantes, impidió que se documentara adecuadamente la segunda necropsia, ya que, entre otros, no se pudieron tomar placas radiográficas, que en este caso

eran muy importantes; no se midieron la talla ni perímetros del cuerpo, tampoco se pesó el cuerpo y en las fotografías les faltó incluir los testigos métrico y cromático. Además de las incomodidades de realizar una re necropsia en un panteón, lo cual coadyuva a la mala realización de un trabajo que requiere concentración mental, observación minuciosa e higiene, entre otros.

3. SOBRE EL PAPEL DE LOS PERITOS DE LA CNDH COMO OBSERVADORES EN LA SEGUNDA AUTOPSIA

LO QUE DICE LA LITERATURA MÉDICA Y EL DICCIONARIO

El Protocolo Modelo de Autopsias¹⁰ de la ONU señala que:

En términos ideales, deberían encomendarse los casos difíciles o delicados a un prosector (la persona encargada de hacer la autopsia y de hacer el informe escrito) objetivo, experimentado, bien equipado y calificado, independiente de toda organización política o entidad que pudiera estar implicada.

El *Diccionario de la Lengua Española* Espasa-Calpe define la palabra *observador* como “la persona que asiste a determinados acontecimientos para comprobar su correcto desarrollo”.

¹⁰ Protocolo Modelo de Autopsias, contenido en el *Manual sobre la prevención e investigación eficaces de las ejecuciones extralegales, arbitrarias o sumarias*, documento avalado por la Organización de las Naciones Unidas desde 1991.

LO QUE SEÑALÓ LA CNDH

En la “Síntesis...” de la CNDH se dice:

La citada diligencia pericial se realizó, el 9 de marzo, por parte de la referida representación social, en coordinación con la Procuraduría General de Justicia Militar, que se encontraba integrando la averiguación previa 26ZM/04/2007. Los peritos especializados de esta Comisión Nacional participaron en dicha diligencia con el carácter de observadores.

En la Reunión el Dr. Fernando Cervantes Duarte, médico forense de la CNDH, señaló: “[la] exhumación o reencropsia (...) fue elaborada por la Procuraduría de Justicia del estado de Veracruz y con presencia del personal médico de esta institución, de la CNDH, como observadores, nosotros no metimos la mano absolutamente para nada. Además estaban presentes los médicos militares”.

En la misma Reunión el licenciado Héctor Lacuona, visitador adjunto, refirió:

El día 7 de marzo (de 2007) nosotros solicitamos a la Procuraduría de Veracruz que se realice una exhumación de la señora Ernestina. Participan el 9, de manera directa, haciendo cortes y manipulación del cuerpo, la Procuraduría estatal y la Procuraduría de Justicia Militar, las dos.

OBSERVACIÓN

El hecho de que los peritos de la CNDH participaran como *observadores* en la segunda necropsia de ninguna manera quiere decir que

su participación se limitara a ser simples espectadores de dicho procedimiento médico. Como *observadores*, los peritos y, en su caso, el visitador adjunto de la CNDH, pudieron sugerir, preguntar o hacer las observaciones que consideraran pertinentes a efecto de comprobar el correcto desarrollo de la segunda necropsia.

Cuando los peritos de la CNDH observaron que la segunda necropsia no estaba cubriendo los criterios internacionales para la realización de dicho procedimiento médico, como los de la ONU, la Unión Europea; o nacionales como en México o Colombia, su obligación era señalar esta situación y pedir a los médicos que realizaban la segunda necropsia que ésta se llevara a cabo de acuerdo con tales criterios.

Existen varias guías modelo para la realización de necropsias médico-legales, una de ellas es el Protocolo Modelo de Autopsias de la Organización de las Naciones Unidas, el cual está incluido en el *Manual sobre la prevención e investigación eficaces de las ejecuciones extralegales, arbitrarias o sumarias*. Otro, es el Protocolo Modelo para la Investigación Forense de Muertes Sospechosas de Haberse Producido por Violación de los Derechos Humanos, el cual fue incluido en el Proyecto Méx/00/AH/10, primera fase del programa de cooperación técnica para México. Un tercer protocolo es el de la Unión Europea, mejor conocido como Recomendación núm. (99)3 del Consejo de Ministros de los Estados Miembros, para la Armonización Metodológica de las Autopsias Médico-legales. Finalmente, se menciona un cuarto protocolo que es la Guía de Procedimientos para la Realización de Necropsias Médico-legales de Colombia.

Cualquiera de dichos protocolos, de manera individual o en su conjunto, se pudieron tomar como guía para la realización de la segunda necropsia al cuerpo de la señora Ernestina, con lo cual

se hubieran evitado las confusiones que se están dando en torno a la causa, mecanismo y tipo o manera de muerte de la señora. Los peritos de la CNDH, al parecer, no proporcionaron un ejemplar de cualquiera de los cuatro protocolos mencionados, y sí criticaron fuertemente el procedimiento seguido por los médicos de Veracruz, quienes realizaron la primera y segunda necropsia.

Cabe mencionar que la propia CNDH participó en el perfeccionamiento del Protocolo Modelo para la Investigación Forense de Muertes Sospechosas de Haberse Producido por Violación de los Derechos Humanos, por lo que resulta al menos extraño que la CNDH no sugiriera su utilización en el caso de la segunda necropsia de la señora Ernestina Ascensión.

Otra buena opción que tuvo la CNDH, y no utilizó, fue la oportunidad de enviar a su perito patólogo forense como observador, tal vez este perito, debido a su formación médica, hubiera sugerido mejores técnicas para la realización de la segunda necropsia. Lo cierto es que ninguna de las dos opciones se realizaron y se perdió una valiosa oportunidad para que enderezaran la investigación en el ámbito que le corresponde esclarecer a los médicos.

4. SOBRE LA CONFUSIÓN DE LOS PERITOS DE LA CNDH ENTRE LOS TÉRMINOS *EXHUMACIÓN* Y *SEGUNDA NECROPSIA* O *RENECROPSIA*

LO QUE DICE LA LITERATURA MÉDICA

El *Diccionario de Medicina* del Dr. E. Dabout¹¹ señala que:

...exhumación proviene del griego *ex*, fuera de, y del latín *humus*, tierra. Acto de sacar un cadáver de su sepultura después de un tiempo más o menos largo, ya sea para trasladarlo a otro lugar, o ya para proceder a su autopsia con un objetivo médico-legal. En este último caso, se toman muestras de la tierra para someterla al análisis químico si es necesario.

La autopsia, según Gisbert Calabuig¹² en su libro *Medicina Legal y Toxicología*, señala que:

...se deriva del griego *autos*, yo mismo, y *ophis*, vista; significa examen con los propios ojos, comprobación personal; con ella se expresan la serie de investigaciones que se realizan con el cadáver, encaminados al estudio de las causas de muerte, tanto directas como indirectas. Es sinónimo de necropsia.

De lo anterior se puede fácilmente inferir que la *segunda autopsia* es el conjunto de investigaciones que se realizan al cadáver por segunda ocasión, se utiliza también en México como sinónimo la palabra *renecropsia*.

LO QUE SEÑALA LA CNDH

En la “Síntesis...” se dice:

¹¹ E. Dabout, *Diccionario de Medicina*, México, Editorial Época, 1997.

¹² Juan Antonio Gisbert Calabuig, *Medicina Legal y Toxicología*, Barcelona, Masson, 2004.

Dichas omisiones e inconsistencias motivó (*sic*) que, el 7 de marzo de 2007, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos solicitara a la Procuraduría General de Justicia del estado de Veracruz llevar a cabo la exhumación (comúnmente llamada *renecropsia*) del cuerpo de la occisa.

En la Reunión CNDH-diputadas federales, al cuestionar al Dr. Fernando Cervantes Duarte sobre el motivo por el cual en su exposición del caso de la señora Ernestina utilizaba la palabra *exhumación* como sinónimo de *segunda necropsia*, contestó:

Dr. Fernando Cervantes Duarte (médico forense CNDH): Sí, le vamos a llamar *exhumación* o *renecropsia* para entendernos bien; fue elaborada por la Procuraduría de Justicia del estado de Veracruz y con presencia del personal médico de esta institución, de la CNDH, como observadores, nosotros no metimos la mano absolutamente para nada. Además estaban presentes los médicos militares.

Médico entrevistador: Doctor, la exhumación es el acto de desenterrar el cuerpo, la *renecropsia* es una segunda necropsia, ¿por qué utiliza la terminología como que si fueran sinónimos, como que si fueran sinónimos *exhumación* y *renecropsia*?

Dr. Fernando Cervantes Duarte (médico forense CNDH): Quiero decirle doctor que la *exhumación* es un estudio, es un estudio clínico de observación para confirmar en un momento dado causas que se están buscando, la necropsia es... Ellos (personal de la Procuraduría de Veracruz) incluso utilizan el término de necrocirugía, ¿sí? Nosotros lo utilizamos como autopsia o necroscopia y la exhumación nosotros la tomamos como exhumación, y luego, para términos más coloquiales, en este momento y no confundirnos yo quiero mencionar *necropsia* la primera y *exhumación* la segunda, donde se hace un estudio.

Médico entrevistador: Bueno, entonces de acuerdo a su argumentación, entiendo que usted está de acuerdo que *exhumación* y *renecropsia* es lo mismo.

Dr. Fernando Cervantes Duarte (médico forense CNDH): Vamos a llamarle así.

Médico entrevistador: Vamos a llamarle, pero la pregunta es, ¿usted está de acuerdo con esa terminología de que son sinónimos?

Dr. Fernando Cervantes Duarte (médico forense CNDH): Son sinónimos.

(...)

OBSERVACIÓN

Tanto en la “Síntesis...” como en la Reunión, el perito médico forense de la CNDH insistió en afirmar que *exhumación* y *segunda necropsia* o *renecropsia* son sinónimos, a pesar de que un médico que acompañaba a las diputadas federales le hizo la aclaración del significado diferente de las palabras *exhumación* y *renecropsia*. El error de utilizar la palabra *exhumación* como sinónimo de *segunda necropsia* o *renecropsia* se repite constantemente a lo largo de la Síntesis; reiteradamente fueron mencionados como sinónimos en la Reunión.

Es difícil asimilar que un médico forense de la CNDH, que está evaluando la labor de otros médicos forenses, desconozca que los términos *exhumación* y *segunda necropsia* no son sinónimos. Sería como aceptar que al triste caso de La Paca, en el que se desenterraron restos óseos para ser nuevamente enterrados en otro predio, le llamaran *renecropsia*; sería un absurdo.

5. SOBRE LA CAUSA DE MUERTE, MECANISMO DE MUERTE Y TIPO O MANERA DE MUERTE DE LA SEÑORA ERNESTINA

LO QUE DICE LA LITERATURA MÉDICA

Vincent J.M. DiMaio,¹³ en su libro *Forensic Pathology*, sostiene que la causa de muerte es cualquier lesión o enfermedad que desencadena el mecanismo que da como resultado la muerte del individuo. Los siguientes son causas de muerte: una herida de arma de fuego en la cabeza, una puñalada en el pecho, un adenocarcinoma del pulmón y la aterosclerosis coronaria, entre otros.

El mecanismo de muerte es el desarrollo fisiopatológico que da lugar a la muerte. Los ejemplos de mecanismo de muerte serían: hemorragia, septicemia y arritmia cardiaca. Un mecanismo particular de muerte puede ser producido por causas múltiples de muerte y una causa de muerte puede producir diversos mecanismos de muerte. Así, sabemos que una hemorragia masiva se puede producir por una herida de arma de fuego, o por una herida de arma blanca, o por un tumor maligno del pulmón que erosiona un vaso sanguíneo, etcétera. De manera similar, una causa de muerte puede dar lugar a diversos mecanismos de muerte, por ejemplo, una herida por proyectil de arma de fuego en abdomen, puede dar lugar a hemorragias o a una peritonitis.

La manera o tipo de muerte se refiere a las circunstancias de cómo se produjo la causa de la muerte. Las maneras de la muerte

¹³ Vincent J.M. DiMaio y Dominick DiMaio, *Forensic Pathology*, *op.cit.*

se pueden categorizar generalmente como: naturales, homicidio, suicidio, accidente, indeterminado o sin clasificar.

El mismo autor,¹⁴ en otra de sus obras, denominada *Manual de Patología Forense*, señala que nunca debe realizarse un examen *postmortem* mientras que no se conozcan las circunstancias de la muerte, lo cual incluye la investigación en el lugar de los hechos, entrevista de testigos y familiares, y obtener el historial médico y los informes policiales.

Por su parte J.L. Palomo Rando¹⁵ y V. Ramos Medina¹⁶ señalan:

Hacer una autopsia sin la debida información de los antecedentes y circunstancias de la muerte es lo que se denomina “autopsia a ciegas”. Una situación aberrante en la que no se podría determinar la extensión del examen *postmortem*, que no permite que el patólogo forense se centre en los problemas importantes que puedan cuestionarse sobre lo que ocurrió y que obligarían a hacerle al cadáver todos los exámenes posibles. Extraer siempre la médula espinal y todos los estudios complementarios, bioquímica, toxicología, microbiología, radiología, diatomeas, etc., etc. El sentido común aconseja que nunca se realice una autopsia hasta que no se conozcan los antecedentes y las circunstancias de la muerte.¹⁷

¹⁴ Vincent J.M. DiMaio y Suzzane E. Dana, *Manual de Patología Forense*, *op. cit.*

¹⁵ Jefe del Servicio de Patología Forense del Instituto de Medicina Legal de Málaga.

¹⁶ Jefe de Sección de Anatomía Forense e Histopatología del Instituto de Medicina Legal de Málaga.

¹⁷ J.L. Palomo Rando y V. Ramos Medina, “Papel del médico forense en la inspección ocular y levantamiento del cadáver: Propuesta de documento. (Recomendaciones, guías, normas o protocolos de actuación profesional)” en *Cuadernos de Medicina Forense*, núm. 36, abril de 2004, pp. 41-57.

LO QUE REFIERE LA CNDH

En su “Síntesis...” la CNDH señala lo siguiente:

Por el contrario, se acreditó científicamente que lo que en realidad ocasionó el deceso de la señora Ernestina Ascencio Rosario (*sic*) fue **una anemia aguda por sangrado de tubo digestivo secundario a úlceras gástricas, pépticas, agudas en una persona que cursaba con una neoplasia hepática maligna, un proceso neumónico en etapa de resolución, isquemia intestinal y trombosis mesentérica.**

Cabe señalar que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos cuenta, no solamente con las opiniones médicas que al respecto han emitido los peritos adscritos a este organismo nacional y médicos especializados, denominada Opinión Médica Integral de la CNDH del caso de la señora Ernestina Ascencio Rosario, sino, además, tenemos las laminillas que se generaron con motivo de los estudios histopatológicos practicados a los diferentes órganos anatómicos de la agraviada (...).

A continuación se presenta un cuadro en el que se señalan las causas y mecanismos de muerte que determinaron tres médicos de la CNDH que se pronunciaron respecto a dicho tema:

El médico forense de la CNDH concluyó:	El patólogo forense de la CNDH concluyó:	El médico internista de la CNDH concluyó:
La señora Ernestina Ascencio Rosario falleció por las alteraciones tisulares y viscerales consecutivas a anemia aguda por sangrado de tubo digestivo secundario a úlceras gástricas, pépticas, agudas en una persona que cursaba con una neoplasia hepática maligna, un proceso neumónico en etapa de resolución, isquemia intestinal y trombosis mesentérica que, en conjunto o en forma individual, es mortal.	La causa de la muerte corresponde a anemia aguda por sangrado de tubo digestivo secundario a úlceras gástricas, pépticas, agudas en una persona que cursaba con una neoplasia hepática maligna, un proceso neumónico en etapa de resolución, isquemia intestinal y trombosis mesentérica.	Por las características del cuadro es evidente la trombosis mesentérica, la isquemia intestinal y el choque hipovolémico como causa del paro cardiorrespiratorio.

OBSERVACIÓN

Como se observa en el cuadro anterior, la *acreditación científica* de la que presume la CNDH, ni siquiera la comparten cuando menos dos de los tres médicos que se pronunciaron en torno a las causas de muerte, ya que las causas de muerte no son las mismas.

En el ámbito de la Patología Forense el procedimiento que se sigue para conocer y documentar la causa de la muerte y la manera de morir de una persona, incluye necesariamente conocer los antecedentes y circunstancias de la muerte, además de realizar la revisión externa e interna al cadáver. En el caso de la señora Ernestina Ascensión, los peritos médicos de la CNDH no realizaron la necropsia médico-legal, e incluso, se rehusaron a recibir los cortes de diferentes tejidos que en el momento en que se realizaba la necropsia les ofreció el médico prosector (médico que hace la necropsia) de la Procuraduría de Veracruz,

y en palabras del Dr. Cervantes (de la CNDH) “ni siquiera metieron las manos”.

Asimismo, mientras el patólogo de la CNDH señala que la causa de la muerte fueron úlceras gástricas producidas por una gastritis y que la trombosis fue causada por un ateroma, que en todo caso sería una embolia mesentérica y no una trombosis; el internista de la propia CNDH dice que es evidente que la trombosis mesentérica, la isquemia intestinal y el choque hipovolémico fueron la causa del paro cardiorrespiratorio; y por su parte, el médico forense de la CNDH afirma que la anemia aguda por sangrado de tubo digestivo secundario a úlceras gástricas, pépticas, agudas como la neoplasia hepática maligna, el proceso neumónico en etapa de resolución, la isquemia intestinal y la trombosis mesentérica llevaron a la muerte a la señora Ernestina ya que dichos padecimientos, tanto de manera individual como de manera conjunta, eran mortales. Como se observa, este médico va por todas, ya que para él hasta la neumonía en resolución (vías de curación), también de manera individual, era mortal.

Tanto el médico forense como el patólogo forense refieren que la señora tenía una neumonía en resolución, las preguntas que necesariamente surgen, son, entre otras: ¿Cuál es el tratamiento médico que estaba recibiendo la señora Ernestina para que dicha neumonía estuviera en resolución? ¿Es posible que una señora con todos esos padecimientos que mencionan los médicos de la CNDH pudiera salir tranquilamente a pastorear sus ovejas?

El esclarecimiento de la causa de muerte por parte de la CNDH se confunde aún más cuando en la Reunión el médico patólogo señaló como otras posibles causas de muerte la aterosclerosis, además de una gastritis y úlceras gastroduodenales, y que la causa de la trombosis mesentérica fue un ateroma.

Como se observa, la CNDH no deja nada claro cuál fue la causa y mecanismo de muerte; en consecuencia, tampoco queda claro cuál fue la manera o tipo de muerte.

6. SOBRE EL TEMA DEL TRAUMATISMO CRÁNEO-ENCEFÁLICO, FRACTURA Y LUXACIÓN DE VÉRTEBRAS CERVICALES

En la “Síntesis...” de la CNDH se afirma:

Durante la exhumación (segunda necropsia), los peritos médicos de la Comisión Nacional evidenciaron que la causa de muerte establecida en la primera necropsia como *traumatismo cráneo-encefálico, fractura y luxación de vértebras cervicales*, no se encontraba debidamente sustentada, esto, en atención a que se omitió en la primera necropsia el estudio de los órganos anatómicos más importantes, como son cráneo, vértebras cervicales, pulmones, corazón, hígado, páncreas, bazo, asas intestinales y órganos sexuales.

De igual manera, en el hallazgo de la exhumación, de 9 de marzo, no se encontraron luxaciones o fracturas de ninguna vértebra cervical.

(...)

Con los fragmentos de los diferentes órganos que proporcionó la mencionada Procuraduría, la Comisión Nacional realizó los estudios técnico-científicos, así como histopatológicos que permiten acreditar la inexistencia de traumatismo cráneo-encefálico, fractura y luxación de vértebras cervicales, como causa de muerte.

OBSERVACIÓN

El traumatismo cráneo-encefálico implica un trauma o fuerza física que afecta al encéfalo produciendo alteración o pérdida de la conciencia. El diagnóstico de traumatismo cráneo-encefálico no incluye necesariamente que el trauma deje huella anatómica de lesión ósea o de cualquier otra índole, por ello el estudio de los órganos anatómicos señalados por los peritos de la CNDH no es un procedimiento médico idóneo para descartar tal diagnóstico. A lo anterior debe agregarse la contradicción de que por un lado el médico forense de la CNDH afirmó en la Reunión que nunca se estudió el cerebro o encéfalo; y por otro lado, el patólogo forense señaló que uno de los tejidos estudiados mostraba datos de isquemia e hipoxia cerebral.

El procedimiento médico más eficaz para descartar la existencia de fracturas y/o luxaciones de las vértebras cervicales o de cualquier hueso, es a través de la imagenología (radiografías, tomografías o resonancias magnéticas o ultrasonografías). Los peritos de la CNDH refirieron que ellos no tomaron radiografías o tomografías o resonancias magnéticas o ultrasonidos durante la segunda necropsia ni tuvieron a la vista dichas imágenes, por lo que la CNDH tampoco está en condiciones de descartar de ninguna manera que dichas fracturas y luxaciones no hayan existido, a menos que muestre tales estudios imagenológicos.

7. SOBRE LAS FOTOGRAFÍAS

LA LITERATURA MÉDICO-FORENSE SEÑALA

Sobre el tema de las fotografías en una necropsia médico legal el Protocolo Modelo de Autopsias de la ONU establece lo siguiente:

c) Es fundamental contar con fotografías adecuadas para documentar detalladamente las conclusiones de la autopsia;¹⁸

i.- Las fotografías han de ser en color (diapositivas o negativos/copias), enfocadas, adecuadamente iluminadas y tomadas con una cámara profesional o de calidad de aficionado serio. Cada fotografía debe contener una indicación de la escala, un nombre o número que identifique el caso y una muestra del gris normal. Debe incluirse en el informe de la autopsia una descripción de la cámara (incluido el “número de foco del lente” y la longitud focal), la película y el sistema de iluminación. Si se utiliza más de una cámara, debe dejarse constancia de la información que identifique cada una de ellas. Las fotografías deben incluir además información que indique qué cámara tomó cada fotografía, si se usó más de una cámara. Debe dejarse constancia de la identidad de la persona que tomó las fotografías;

ii.- Deben incluirse fotografías en serie que reflejen la progresión del examen externo. Se debe fotografiar el cadáver antes y después de desvestirlo, lavarlo o limpiarlo y de afeitarlo;

iii.- Complementar las fotografías de primer plano con fotografías distantes o de distancia intermedia para permitir la orientación e identificación de las fotografías de primer plano;

¹⁸ Las letras negritas son nuestras.

iv.- Las fotografías deben ser de amplio alcance y confirmar la presencia de todas las señales demostrables de lesiones o enfermedad que se comenten en el informe de la autopsia;

v.- Deben retratarse las características faciales de identidad (después de lavar o limpiar el cadáver) con fotografías de un aspecto frontal pleno de la cara y perfiles derecho e izquierdo de la cara con el pelo en posición normal y con el pelo retraído, en caso necesario, para revelar las orejas;

(...)

g) El examen externo, centrado en la búsqueda de pruebas externas de lesiones, es, en la mayoría de los casos, la parte más importante de la autopsia;

i.- Fotografiar todas las superficies, 100% de la superficie del cadáver. Tomar fotografías en color, de buena calidad y enfocadas con iluminación adecuada;

(...)

vii.- Fotografiar todas las lesiones, tomando dos fotografías en color de cada una, dejando en la etiqueta el número de identificación de la autopsia en una escala que esté orientada en forma paralela o perpendicular a la lesión. Cuando sea necesario, afeitar el pelo para aclarar una lesión y tomar fotografías antes y después de lavar el lugar de las lesiones. Lavar el cadáver sólo después de haber recogido y guardado toda muestra o material que pudiera proceder de un agresor.

Por su parte Vincent J. DiMaio,¹⁹ en su *Manual de Patología Forense*, señala que si se va a documentar alguna huella de lesión

¹⁹ Vincent J.M. DiMaio y Suzzane E. Dana, *Manual de Patología Forense*, op. cit.

en algún caso con fotografías, éstas deben incluir además del testigo métrico un testigo de color o cromático.

LO QUE LA CNDH MOSTRÓ

Todas las fotografías mostradas (que fueron aproximadamente 40) en la Reunión, carecían de datos del cuerpo al que le tomaron las fotografías, así como de testigo métrico y cromático.

OBSERVACIÓN

En las fotografías que fueron mostradas en la Reunión, se observa que en ninguna de ellas se incluyó testigo métrico (regleta) ni cromático (escala de colores). Por lo que al carecer de dichos elementos queda la duda del tamaño real y de la coloración también real de las huellas de las lesiones que aparentemente presentó el cuerpo de la señora Ernestina Ascensión. La CNDH no hizo la observación al respecto en su momento, y ahora se tienen fotografías de las que cualquier persona puede razonablemente dudar sobre su utilidad en la investigación del caso.

Lo anterior es relevante, pues la conclusión del patólogo forense de la CNDH señala: “El margen anal en el radio de las 6 horas según carátula de reloj, se encuentra sin alteraciones, lo que permite corroborar que no hay reacción inflamatoria ni infiltrados hemáticos como consecuencia de una penetración anal” y, por otro lado, al aceptar que no estuvo presente en la necropsia, se infiere que dicha conclusión está basada exclusivamente en la observación de fotografías que no reúnen criterios internacionales de validez, pues se reitera la falta de testigo métrico, testigo cromático, descripción de la cámara con que fueron tomadas

las fotografías, de la película y del sistema de iluminación. Al no contar con datos de la averiguación previa o el nombre del cadáver también se puede poner en duda a quién corresponden las fotografías tomadas. Tampoco se dice si las fotografías fueron tomadas antes o después de haber lavado el cadáver.

Todo ello simplemente pone en duda la validez de tales fotografías y, en consecuencia, las conclusiones basadas exclusivamente en la observación de las mismas.

8. SOBRE LA LABOR DESARROLLADA POR EL CRIMINALISTA

LO QUE DICE LA LITERATURA MÉDICA

Vincent J.M. DiMaio²⁰ sostiene que algunas de las principales obligaciones del patólogo forense en una necropsia médico legal son, entre otras:

- Determinar la edad de las lesiones
- Documentar la presencia o ausencia de lesiones
- Interpretar o deducir cómo se produjeron las lesiones

Bernard Knight,²¹ respecto a las equimosis, las nombra magulladuras y señala que:

²⁰ Vincent J.M. DiMaio y Dominick DiMaio, *Forensic Pathology*, *op.cit.*

²¹ Bernard Knight, *op. cit.*

Se deben a una lesión de los tejidos que daña los vasos sanguíneos debajo de la superficie, permitiendo a la sangre inundar los tejidos de alrededor. Muchas de las contusiones que se ven en la práctica médica se encuentran debajo de la piel, pero las contusiones profundas se llegan a presentar en cualquier tejido u órgano (...) La sangre se fuga por lo general de manera difusa, esparciéndose a lo largo de los planos aponeuróticos, por lo que la lesión no reproduce por lo común el patrón del objeto causal. Hay una excepción importante que se llama contusión intradérmica, la cual es muy superficial y se encuentra inmediatamente debajo de la epidermis en la capa superior de la dermis. Aquí podría haber una muy buena correspondencia entre el objeto y el patrón; con mucha frecuencia cuando la piel se aplasta, adquiere la forma del objeto, por ejemplo el dibujo de una llanta en un accidente de tránsito, (...) con el paso del tiempo, el moretón cambia de color debido a la degradación química de la hemoglobina. El espectro de cambio de color es azul, verde, amarillo y, al final, se desvanece a un color normal de piel, aunque la velocidad de estos cambios es muy variable. Es muy difícil diseñar un cuadro de tiempo para catalogar los moretones de acuerdo a su color, ya que incluso dos magulladuras en la misma persona toman diferentes lapsos para su evolución. En las personas jóvenes y adultos en buena condición, los moretones evolucionan más rápidamente que en toda la gente mayor, quienes pueden retener moretones extensos por varios meses (las equimosis pueden variar en su profundidad y extensión acorde a si el paciente es sano o toma fármacos que modifican la estructura plaquetaria o la coagulación).

En general los moretones pequeños en una persona de buena condición pasarán por el espectro de cambios en aproximadamente una semana, aunque algunos han demostrado que se desvanecen en 72 horas. Los moretones extensos y profundos pueden tardar algunas semanas en desaparecer, aun en niños sanos.

Según Bernard Knight²² la mayoría de las abrasiones (exco-riaciones) son causadas por impactos tangenciales y oblicuos con objetos romos o sin filo; todas las excoriaciones pueden ser causadas ya sea por un objeto que golpea la piel o el cuerpo que golpea una superficie inmóvil. Los arañazos también producen este tipo de lesiones.

Vargas Alvarado²³ señala que para establecer la relación entre el trauma y el daño físico se toma en consideración:

- a) La naturaleza del trauma, la cual se refiere a que, en su caso, la violencia exterior debe ser en tiempo y circunstancia apropiados para causar la lesión;
- b) La naturaleza de la lesión, consiste en que el origen traumático de la afección puede ser evidente, posible, dudoso o imposible;
- c) Concordancia de localización, se refiere a que la lesión puede estar en el lugar donde el trauma actúa directa o inmediatamente o puede haber actuado a distancia;
- d) Relación anatomoclínica, la cual consiste en una sucesión de síntomas o una vinculación anatomoclínica suficiente para explicar la producción del daño físico;
- e) Relación cronológica, se refiere al momento de aparición de la lesión inmediato y posterior al trauma;
- f) Afección inexistente antes del trauma, es decir, que la lesión no existía antes de la contusión;
- g) Exclusión de una causa extraña al trauma, es la concurrencia de dos o más causas en la producción de la lesión,

²² *Ibidem.*

²³ Eduardo Vargas Alvarado, *Medicina Legal*, México, Trillas, 1999.

una es la causa directa y otra está representada por una predisposición o por una complicación que sobreviene.

Por su parte, Quiroz Cuarón²⁴ refiere que para establecer la causalidad de las lesiones se hará con los siguientes criterios:

- a) Anatómicos, por la relación entre la zona afectada y la alteración consecutiva;
- b) Cronológico, por la relación evolutiva entre la causa y el efecto;
- c) Cuantitativo, por la relación entre el factor traumático y el daño producido;
- d) De la continuidad sintomática, demostrando la existencia de los síntomas para las secuelas a distancia;
- e) De exclusión, que elimine toda otra causa posible del daño sufrido.

LO QUE AFIRMA LA CNDH

En la “Síntesis...” de la CNDH se afirma:

...cabe señalar que, si bien es cierto, en la exhumación se encontraron equimosis en región frontal, brazos, región pectoral, tórax posterior y excoriaciones en pierna izquierda de la occisa, de acuerdo con el estudio técnico científico elaborado por especialista en materia de criminalística de la CNDH, éstas corresponden a lesiones similares a las producidas en maniobras de sujeción para su traslado y no de

²⁴ Alfonso Quiroz Cuarón, *Medicina Forense*, México, Porrúa, 2004.

sometimiento; en todo caso, fueron producidas a la agraviada con motivo de ser cargada y trasladada a los distintos lugares para su atención médica antes de fallecer.

En la misma “Síntesis...”, el perito criminalista de la CNDH llega a las siguientes conclusiones:

- E. Con relación a la zona equimótica descrita en región frontal, la misma muy probablemente fue producida en una caída a nivel de piso.
- F. Con relación a la zona equimótica descrita en región de tórax anterior, se puede establecer que la misma fue realizada en maniobras intrahospitalarias de auxilio en una resucitación.
- G. Con relación a las zonas equimóticas descritas en miembros superiores y mama derecha, las mismas fueron producidas al realizarse maniobras para su traslado.
- H. Con relación a las zonas excoriativas descritas en pierna izquierda, las mismas fueron producidas por la vegetación propia del lugar al realizar las maniobras de traslación o deambulamiento por su propio pie.

A continuación se transcriben algunas preguntas y respuestas que dio el criminalista de la CNDH, en torno a sus conclusiones:

Médico entrevistador: En una de sus conclusiones dice: “Con relación a la zona equimótica descrita en la región frontal, la misma muy probablemente fue producida por una caída a nivel del piso”, ¿en qué se basó para llegar a esta conclusión?

Criminalista: Mira, dentro de las lesiones que se manejan al exterior, quiero hacer hincapié que se ha manifestado que hacemos

observaciones como peritos, ¿qué quiere decir eso? Ver detallada y precisamente alguna lesión, algún objeto o cualquier cosa al exterior; no es lo mismo que ver las cosas, nos basamos en observaciones nosotros. Cuando vemos la lesión que presenta al exterior, que presenta la señora Ernestina en la región frontal, ¿sí? Y teníamos en el antecedente, el dictamen de la necrocirugía que era un hematoma, vamos a hablar un poco de antecedentes, que no es observada cuando le hacen la exhumación (segunda necropsia) y le hacen el estudio médico de esa región, ¿vamos bien? Cuando esta persona, debido a todos los antecedentes que se han mencionado, que he vertido en la investigación de la CNDH con relación al estado físico que ella presentaba, aunado a la observación del lugar de los hechos, no sé si ustedes conozcan el lugar de los hechos. Bueno, el lugar de los hechos donde ocurrió el evento, donde se encontró, el lugar de los hechos, donde se encontró a la señora Ernestina, en la loma donde hay una pendiente de 30 grados aproximadamente de inclinación, donde el piso está lleno de hojarasca, donde el piso está lleno de gran cantidad de ramas de distintas longitudes y de distintos calibres y presenta grandes cantidades de hundimientos, no es un piso firme que pudiera o permitiera deambular con seguridad. La señora Ernestina fue localizada a 15 metros de la cima de la loma hacia abajo aproximadamente, si no tienes una precaución al caminar por esa zona y si tú no tienes el debido cuidado de caminar por esa zona, y a todos nos ha pasado, te puedes caer, te puedes resbalar; si consideras que probablemente en el momento del deambulamiento pierde el equilibrio y se proyecta hacia el frente y se golpea con cualquier objeto que se encuentre alrededor, que tiene unas características de consistencia firme, bordes no cortantes.

Médico entrevistador: ¿En qué se basó para llegar a la conclusión: “con relación a la zona equimótica descrita en la región de tórax

anterior, se puede establecer que la misma fue realizada con maniobras intrahospitalarias de auxilio en resucitación”?

Criminalista: Sí, mira, tenemos el antecedente, y médicamente informado en el Hospital Regional de Río Blanco, que Ernestina presenta un paro cardiorrespiratorio y se le prestan maniobras de auxilio para poder volver a darle vida a la persona, que recupere su ritmo cardiaco y su ritmo respiratorio. Cuando las maniobras que se realizan son realizadas con una fuerza mayor, excesiva, que vence la resistencia de los tejidos óseos de esta zona, lo que produce es una fractura de los arcos costales y de la región esternal, aunado que para ejercer las maniobras de resucitación se necesita ejercer una presión considerable de la región sobre la cara anterior del tórax, nos produce una equimosis al exterior. Entonces, ¿qué tenemos? Una correlación: un masaje cardiaco al exterior, en la región de cara anterior de tórax, que se corrobora la observación, en este caso, de la exhumación del cuerpo, como fracturas de arcos costales, mismas que son descritas en el dictamen de necrocirugía también.

Médico entrevistador: La que sigue dice: “Con relación a la zona equimótica descritas en miembros superiores y mama derecha, las mismas fueron producidas al realizarse maniobras para su traslado”.

Criminalista: Maniobras para su traslado. Tenemos el antecedente por parte de personas que prestaron el auxilio a la señora Ernestina en el lugar de los hechos, que la misma no podía levantarse por su propio pie. Primeramente fue sentada y posteriormente intentaron levantarla. Volvamos otra vez al lugar de los hechos; tenemos una pendiente inclinada de 30 grados, con una persona, en este caso, disminuida de sus funciones físicas, con antecedentes de enfermedad, como ya se ha corroborado. La factibilidad de que uno pueda ascender sobre una ladera con este tipo de suelo y hojarasca, que es altamente resbaladizo y peligroso, si tuviera por necesidad que ayudarla

para poderla subir a la loma. Al momento en que se le auxilia para subir a la loma, a una persona que vamos a considerar que tenía 73 años y estaba desvanecida, que tiene pocos movimientos de locomoción, entonces lo que se presta es cómo nosotros podemos ayudar a nuestros ancianos: uno a cada lado para ofrecerle mayor apoyo, sujetándola en este caso con una mano a la altura del brazo y a lo mejor, probablemente, con la otra mano el apoyo a las manos. La lesión que presenta en la mama, también es producida en una maniobra de auxilio, porque primeramente tratan de alzarla, cargándola, colocándose una persona en la espalda y otra persona sujetándole los pies. Consideremos también que estas personas no utilizan algún sostén que le pueda tener cierta firmeza con respecto a sus glándulas mamarias, entonces, al hacer un movimiento, con una maniobra de auxilio, y si la mama derecha se encuentra desplazada o lateralizada hacia el exterior y se realiza una maniobra rápida de auxilio, muy probablemente sin la intención de lesionar esta zona, muy probablemente la golpearon y fue la producción de la equimosis en esta región.

Médico entrevistador: Señor, finalmente la última dice: “Con relación a las zonas excoriativas descritas en pierna izquierda, las mismas fueron producidas por la vegetación propia del lugar, al realizarse las maniobras de traslación o deambulamiento por su propio pie”.

Criminalista: Consideramos que la señora Ernestina llegó por su propio pie al lugar donde fue encontrada. Aquí, en esta proyección tenemos desde la comunidad de Soledad Atzompa, hacia el lugar donde fue encontrada. Por esta parte dijeron los vecinos que fue encontrada la señora Ernestina. Podemos ver que existe gran deforestación y aquí podemos ver el apilamiento de madera, ya que la comunidad se dedica a la tala de árboles y la transformación de madera para aprovecharla en muebles, hechos en la misma región y poderlos vender para su

sustento. Podemos ver en esta zona –y que está circulada– la probable donde los vecinos encontraron a la señora Ernestina y veamos, esto de la comunidad Soledad Atzompa. Tenemos caminos en este lugar, son caminos rurales, no se han compactado, no están asfaltados, son caminos rurales de tierra suelta debido a la orografía que presenta el lugar; son pendientes muy pronunciadas, tenemos piedras, también tenemos en este lugar que hay muchas curvas, porque no son caminos trazados por camineros, son caminos hechos por sendas rurales y, posteriormente hechos para tránsito de vehículos y vemos a ambos lados del camino, gran cantidad de vegetación propia del lugar. Nosotros ascendemos por esta parte hacia la loma y donde está señalando esta flecha, se encuentra este camino que crearon expresamente para sacar troncos del lugar.

Como podemos ver aquí, la gran cantidad de ramas que tenemos en el piso, totalmente seca; la vegetación totalmente seca; y a ambos lados, aquí podemos ver troncos cortados, y esta vegetación, si tú no tienes cuidado al desplazarte, te puedes arañar con alguna rama que esté saliente, con alguna punta saliente. ¿Por qué es esto? Porque éstas se encuentran ligeramente salientes del camino, y pudieron haber causado estas lesiones que son básicamente excoriaciones de tipo lineal. Se puede considerar y establecer que al momento de deambulación por esta zona, que no es una zona totalmente lisa, sino que es muy irregular y rural, se produjeron estas excoriaciones, cuando ya estaba haciendo sus movimientos de deambulación; probablemente cuando cuidaba sus borregos, a llevar pastar, y más si vas con las piernas libres la probabilidad de que tú puedas tener alguna lesión, en este caso, como excoriaciones o alguna lesión como una equimosis, es en muy alto grado.

OBSERVACIÓN

Como se puede ver, el patólogo forense de la CNDH no se pronunció por:

- Determinar la edad de las lesiones
- Documentar la presencia o ausencia de lesiones
- Interpretar o deducir cómo se produjeron las lesiones

No lo hizo, porque el jefe del patólogo forense de la CNDH no lo envió como observador a la segunda necropsia, en lugar de ello, encargó al perito en criminalística determinar cómo se produjeron las lesiones.

Respecto a las conclusiones del criminalista, se observa que este perito parte de la exclusiva suposición de lo que pudo haber sucedido, pero sin aportar ningún dato clínico que apoye sus conclusiones, pues así como afirma que la equimosis en la frente es probable que se pudo haber producido por un golpe en una caída, también se podría decir, sin sustento alguno, que en un momento dado al estar volteando la cabeza la señora Ernestina hacia arriba le cayó un palo, o que al entrar a su casa se pegó con un objeto romo que estaba mal puesto, y así se podrían inventar infinidad de supuestos sin sustento alguno.

Para establecer el mecanismo específico de producción de las lesiones, lo que se debe conocer es lo que mencionan Vargas Alvarado y Quiroz Cuarón (arriba mencionados), es decir, se debe conocer cuando menos la naturaleza del trauma, la naturaleza de la lesión, la concordancia anatomo-clínica, la relación cronológica, el conocimiento de que no existía lesión previa, la exclusión de una causa extraña y la de la continuidad sintomática; como nada

de lo anterior conoció el criminalista, se puede afirmar que sus conclusiones no pasan de ser meras especulaciones sin sustento médico-clínico alguno.

Lo más que se puede llegar a concluir, cuando se desconocen los datos mencionados en el inciso anterior, es establecer el mecanismo general de producción de la lesión, partiendo del tipo de lesión de que se trate, por ejemplo, en el caso de las equimosis (moretones) éstas pueden ser producidas por golpes, opresiones, sugilaciones (conocidas como chupetones), que generan salida de sangre de sus conductos normales y producen la equimosis; en el caso de las excoriaciones (conocidas como raspaduras) las produce un mecanismo general mediante golpes tangenciales y oblicuos con objetos romos, ya sea por un objeto que golpea la piel o el cuerpo que golpea una superficie inmóvil.

Por todo lo anterior, se puede afirmar que las conclusiones a las que llegó el criminalista están basadas en meras especulaciones o suposiciones sin apoyo en datos clínicos. No basta la observación para llegar a conclusiones válidas en medicina.

9. RESPECTO AL DESCARTE DE UN TRAUMATISMO ABDOMINAL

LO QUE DICE LA LITERATURA MÉDICA

Vincent J. DiMaio²⁵ señala que probablemente debido a la naturaleza absorbente y compresible de la pared abdominal, así como

²⁵ Vincent J.M. DiMaio y Suzzane E. Dana, *Manual de Patología Forense*, op. cit.

a la presencia de ropa o vestimenta en el momento de recibir un trauma, sí es posible que haya casos con daños incluso masivos de lesiones viscerales y no haya huellas de lesiones en la pared abdominal.

Vargas Alvarado²⁶ en su libro *Medicina Legal* refiere que:

...en todos los casos de trauma mecánico el daño es causado por la transferencia de energía de un objeto externo en movimiento hacia los tejidos. El cuerpo absorbe esta energía, ya sea por elasticidad de sus tejidos blandos o por la rigidez de su estructura ósea. Cuando la intensidad de la fuerza aplicada excede la capacidad de los tejidos de adaptarse o de resistir, se produce la huella de la lesión. La intensidad de la energía aplicada sigue la ley física de la energía cinética, según la cual es directamente proporcional a la masa del agente o arma, y directamente proporcional al cuadrado de la velocidad del impacto, e inversamente proporcional a la aceleración de la gravedad (...). Otro factor importante relacionado con el daño es el área sobre el cual se descarga la energía; el daño será mayor en la medida en la que el área sea más pequeña. La energía mecánica excesiva puede causar compresión, tracción, torsión y tensiones tangenciales y de palanca. El daño resultante depende, por una parte del tipo de trauma mecánico y, por otra, del tipo o la naturaleza del tejido que constituya el blanco. Así, en una compresión el músculo puede sufrir poco daño, mientras que el pulmón o el intestino pueden lacerarse. Conforme la transferencia de energía sea retardada o distribuida sobre un área más grande, menor será la intensidad de la fuerza aplicada a los tejidos en la unidad de tiempo. El resultado es similar

²⁶ Eduardo Vargas Alvarado, *op. cit.*

si el cuerpo se desplaza en la dirección del agente traumatizante, ejemplo de ello es el boxeador que ante un golpe echa el cuerpo hacia atrás, de este modo, prolonga el tiempo en que se produce la transferencia de energía.

Carlos Molina²⁷ señala que los traumatismos cerrados son aquellos en los que el agente vulnerable (rodillazos, puñetazos, codazos, entre otros), no produce solución de continuidad de la piel y el contenido abdominal no se pone en contacto con el exterior. En las contusiones profundas el agente vulnerante lesiona las vísceras al prensarlas contra el plano resistente de la columna o produce desgarro por tracción de mesos y pedículos, si la violencia actúa en sentido tangencial.

LO QUE SEÑALA LA CNDH

Cuando la Dra. Susana Thalía Pedroza, segunda visitadora general de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, le preguntó al Dr. Marcos Pérez Gómez, perito médico internista de la CNDH, sobre la posibilidad de que la supuesta trombosis fuera originada por un traumatismo, éste contestó:

No, es muy difícil que haya otra causa. Vimos si traumatismos podían producir este problema. Un traumatismo, lo que puede producir es una hemorragia localizada, a lo mejor un estallamiento de vísceras, pero para que deje un golpe hacer, tiene que haber un hematoma externo, alguna huella de traumatismo importante.

²⁷ Carlos Molina Osorio, *Traumatología*, México, Francisco Méndez Cervantes (ed.), 1975.

OBSERVACIÓN

Como se observa, lo que señala el Dr. Marcos Pérez Gómez es falso, ya que la literatura médica mencionada refiere que sí es posible que un traumatismo como puede ser un rodillazo, un codazo, puñetazos o patadas en abdomen, produzca estallamiento de alguna o varias vísceras abdominales, sin que necesariamente se produzcan hematomas externos, como lo señala el perito médico de la CNDH, Marcos Pérez Gómez.

10. RESPECTO A LA CARDIOMEGALIA

LO QUE DICE LA LITERATURA MÉDICA

El diccionario médico²⁸ dice: “cardiomegalia (del gr. *kardia*, corazón, y *megas*, *megalos*, grande), hipertrofia del corazón”.

LO QUE DICE LA CNDH

En la “Síntesis...” de la CNDH se afirma: “Asimismo, a pesar de que en la primera necropsia se estableció que se habían localizado signos de cardiomegalia, así como de infarto agudo al miocardio antiguo, se evidenció que ni siquiera se había llevado a cabo el estudio del corazón”.

Durante la Reunión el Dr. Fernando Cervantes Duarte, médico forense de la CNDH, señaló:

²⁸ E. Dabout, *op. cit.*

Perdón, ellos (los médicos de Veracruz) hicieron los cortes y ustedes pueden ver la segunda necropsia, pero no dicen absolutamente que no se había cortado, que no se había estudiado; nos hablan en un momento de que hubo un infarto agudo al miocardio antiguo en la necropsia y en la segunda vemos que es un corazón normal.

En la misma Reunión, ante la pregunta de si se pesó y midió el corazón, el Dr. Fernando Cervantes Duarte expresó: “No se pesaron. Ningún órgano se peso y usted lo dice muy bien doctor, ni se midieron”.

OBSERVACIÓN

Como se puede apreciar, la cardiomegalia es el aumento del tamaño del corazón por hipertrofia. Para una mujer de 1.60 metros el peso promedio normal del corazón es de 233 a 293 gramos. En este caso, la CNDH no fue capaz de prever que era importante tener una báscula para pesar los órganos y una cinta métrica para medirlos, por lo que de ninguna manera la CNDH puede descartar la existencia de la cardiomegalia.

II. SOBRE LA PRIMERA CONCLUSIÓN DE LA MÉDICA ESPECIALISTA EN DELITOS SEXUALES Y LA MÉDICA CIRUJANA, AMBAS DE LA CNDH

LO QUE SEÑALA LA LITERATURA MÉDICA

Vargas Alvarado, en *Medicina Legal*, señala que “los códigos modernizados, como el mexicano, amplían el concepto para admitir

como violación la introducción por vía vaginal o anal de cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril”.

LO QUE DICE LA CNDH

En la primera conclusión la perita médica especialista en delitos sexuales y la médica cirujana concluyeron que “no existen alteraciones ginecológicas y proctológicas producidas por la penetración no consentida de un objeto romo de diámetro mayor a los orificios vaginal y anal”.

OBSERVACIÓN

La violación no es un concepto o diagnóstico médico, es un concepto jurídico que alude a un tipo penal; en consecuencia, los médicos no cuentan con los conocimientos técnicos, a menos que hayan estudiado también la licenciatura en Derecho, para determinar si una persona fue violada o no. Lo que en todo caso le podría corresponder al médico es determinar en casos de supuesta violación, entre otros, si la persona presuntamente violada presenta datos clínicos que sean compatibles con penetración de objeto romo en vagina o en ano.

En lugar de ello, lo que frecuentemente sucede en nuestro país, en materia de dictámenes periciales médicos sobre presuntos delitos de violación, es que de manera casi canónica concluyen si hubo o no penetración de un objeto romo de diámetro mayor a los orificios vaginal y anal. Sin embargo, en dichos dictámenes no se dice, invariablemente, cuánto mide el diámetro de los orificios vaginal y anal. En este caso, una conclusión fue que no existen alteraciones ginecológicas y proctológicas producidas por la

penetración no consentida de un objeto romo de diámetro mayor a los orificios vaginal y anal. En ninguna parte de la “Síntesis...” se dice cuánto mide el diámetro mayor de los orificios vaginal y anal, y tampoco se menciona a qué se refieren con una *penetración no consentida*, pues es conocido que cuando la amenaza moral es grave, la persona puede no oponer resistencia física a la penetración y no por ello quiere decir que haya sido consentida dicha penetración.

En este caso, sin duda hubo penetración vaginal y anal, que seguramente no constituiría delito, pues una médica del Hospital en Río Blanco refiere que realizó tacto vaginal y anal y ello no dejan de ser penetraciones; además también se habla de que se hizo un lavado en genitales y se colocó una sonda uretral. La CNDH no explica por qué estas maniobras médicas no las considera penetraciones, aun cuando sí lo son, aunque no sean punibles por ser por motivos médico-diagnósticos para lo cual se debe obtener el consentimiento informado.

12. OPINIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

A continuación se presentan las observaciones que hicieron varios médicos especialistas a la exposición realizada por los peritos médicos de la CNDH, el 2 de mayo de 2007 a las 17 horas en el *mezanine* de la CNDH, a las diputadas federales Alliet Bautista y Valentina Batres y sus auxiliares, cuya audiograbación obra en poder de la diputada Alliet Bautista y de la propia CNDH.

Transcripción de lo que se dijo en la exposición	Observaciones realizadas por médicos especialistas
<p>El Dr. Fernando Cervantes Duarte, médico forense de la CNDH, manifestó: “Esto sí licenciado, la señora fue incluso golpeada, esto fue en un momento dado las livideces cadavéricas, esto (señala a las fotografías que se estaban proyectando en la pantalla), pero no hay maniobras de sujeción de muslos para poder en un momento decir que a la señora la abrieron (de las piernas). No lo hay, éstas son las únicas que encontramos en miembros inferiores que son tres excoriaciones. La siguiente (se refiere a que pasen la diapositiva que sigue), la anterior por favor, es muy importantes mencionar y que veamos los acercamientos en un momento que ustedes lo quieran ver, que no hay excoriaciones en rodillas, lo mismo en codos. No los hubo.”</p>	<p>Opinión del médico angiólogo consultado: “El Dr. Cervantes no explicó por qué afirmó que la mancha violácea que se veía en la parte anterior de uno de los muslos corresponde a una lividez y no a una equimosis. Tampoco explicó por qué se encontró esta supuesta lividez en la parte anterior del muslo y no en la parte posterior, ya que, como se sabe, las livideces se forman en las partes declives del cuerpo; lo más lógico es que las livideces se encontraran en la parte posterior del muslo por declive y al estar el cuerpo en decúbito (acostado) dorsal (sobre la parte posterior del cuerpo)”.</p> <p>“Tampoco se mostró fotografía alguna en la que se hubiera realizado la incisión para documentar que efectivamente se trataba de una lividez y no de una equimosis.”</p>
<p>Respecto al tema del traumatismo cráneo-encefálico, en su exposición el Dr. Fernando Cervantes Duarte, médico forense de la CNDH, refirió: “...esta es la bóveda o calota del cráneo, esto es en la exhumación (segunda necropsia), y aquí se están retirando las meninges, aquí está, en este momento se están retirando sin evidencia de lesiones”.</p> <p>Ante la pregunta realizada por una diputada federal de que si es necesario que haya lesión anatómica en cráneo para que pueda diagnosticarse traumatismo cráneo-encefálico, el Dr. Cervantes Duarte señaló: “Mire, no necesariamente tiene que haber una lesión en cráneo, la podemos observar en el cerebro o encéfalo, pero el gran pero de aquí, es que nunca se estudió el encéfalo o cerebro, no se cortó [el cerebro]. Ustedes lo ven que lo está sacando en una de las primeras fotos, pero no lo estudió, lo sacó y ahí lo dejó, no está descrito en la necropsia y cuando platicamos con el médico,</p>	<p>En opinión del médico neurocirujano consultado: la forma más sencilla de confirmar o descartar una fractura o una luxación es mediante radiografías o, en su caso, de tomografías o resonancias magnéticas o ultrasonografías. Otra manera de demostrar y documentar las fracturas y luxaciones en un cadáver es mediante la disección completa de cada uno de los huesos en cuestión: este método, sin embargo, no es muy recomendable por la dificultad de separar las partes blandas y cartilaginosa de los huesos.</p> <p>En el paciente, sin duda que el método idóneo para diagnosticar o descartar fracturas, luxaciones, esguínces y traumatismos cráneo-encefálicos es mediante la propedéutica clínica que incluya la toma de radiografías.</p> <p>Por otro lado, en el caso de cadáveres, no hay manera de descartar totalmente que haya existido traumatismo cráneo-encefálico, en virtud de que en este tipo de traumatismos hay casos que se pueden</p>

Transcripción de lo que se dijo en la exposición	Observaciones realizadas por médicos especialistas
<p>el médico me dijo: ‘Bueno, es que no lo corté’. Esto [refiriéndose al cerebro] está cubierto en un momento de muchas estructuras anatómicas. Él [doctor Mendizábal, quien realizó la primera necropsia] nos menciona que hay una fractura en el peñasco del lado derecho, en estas fotografías que les comenta la Dra. Susana Thalía [segunda visitadora general, CNDH], podemos observar que nunca retiró ni limpió la base del cráneo, esto [el cráneo] lo que se observa es en la exhumación [segunda necropsia] y aquí ya lo podemos observar que no hubo ningún tipo de lesión. [...] Yo nada más quiero decirle, que si yo veo un documento en donde me dicen que hay traumatismo cráneo-encefálico y no se describe absolutamente nada, le debo de creer, porque cuando le preguntamos [al médico que realizó la primera necropsia] cuál había sido la luxación, fractura de las vértebras cervicales, el señor [el médico que realizó la primera necropsia] nos contestó: ‘es que no tengo rayos X en los ojos’. Bueno, si no los tienes qué bueno, ¿qué maniobras hiciste en un momento dado para llegar a la [conclusión médica de] luxación y fractura? No las hubo. Descubrimos en la exhumación [segunda necropsia], que no, nunca disecó la zona, nunca la disecó y nos habla de una luxación. [...] Yo le puedo decir que sí diputada, y que puedo ahí meter las manos al fuego para decir que no lo hubo [traumatismo cráneo-encefálico], porque desde el primer momento, faltaba en primero las lesiones externas y a la revisión no había absolutamente nada. [...] No hay duda de que esta señora [Ernestina] recibió, no recibió un traumatismo cráneo-encefálico, ni luxación ni fractura de vértebras cervicales. Hablando únicamente y exclusivamente de este tipo de lesiones”.</p>	<p>presentar sin que se hayan producido lesiones anatómicas demostrables; es decir que mediante cualquier estudio que se haga no se va a obtener una imagen que demuestre que haya una lesión visible. Incluso pueden presentarse traumatismos cráneo-encefálicos que producen la muerte sin dejar huellas anatómicas de lesiones, un ejemplo de ello pueden ser algunos casos de contusión.</p> <p>En el caso que se analiza no es factible descartar que la señora Ernestina haya tenido un traumatismo cráneo-encefálico; aunque tampoco está documentado que haya existido tal traumatismo. Las radiografías hubieran demostrado fácilmente si existía alguna lesión anatómica que confirmara el trauma cráneo-encefálico. Es difícil pensar que no se hayan tomado las providencias necesarias para tomar radiografías.</p>

Transcripción de lo que se dijo en la exposición	Observaciones realizadas por médicos especialistas
<p>Al preguntarle al Dr. Cervantes Duarte, médico forense de la CNDH, si le tomaron radiografías a la señora Ernestina, respondió: “Ellos [médicos del hospital de Río Blanco] le tomaron radiografías; ellos les tomaron radiografías las cuales eso sí y se lo digo, nunca las vimos. Sí se les tomaron en el hospital de Río Blanco, al parecer, pero nunca vimos esas radiografías que estaban en poder de la Procuraduría. Bien”.</p>	<p>En virtud de que la CNDH, a través de sus médicos, sí tuvo conocimiento de que le tomaron estudios radiográficos a la señora Ernestina, era más que obligado que los médicos observaran dichas radiografías. No revisar las radiografías fue una grave omisión.</p>
<p>El Dr. Carlos Alejandro Hernández González, patólogo forense de la CNDH, en su exposición refirió: “Bien, la correlación clínica patológica en relación a la paciente o la occisa Ernestina Ascensión es la siguiente: la paciente cursaba con una obesidad, así también con sedentarismo, ustedes pueden decir que la señora caminaba por la sierra, pero es diferente hacer el ejercicio que se hace al correr, etc., entonces de cualquier forma se llama sedentarismo así como una dieta de carbohidratos, azúcares, refrescos; lo que sea, esto es la obesidad, la lleva hacia una enfermedad ateromatosa, ¿qué quiere decir enfermedad ateromatosa? Es grasa en las arterias; grasa en las arterias, que conforme va pasando el tiempo y se va haciendo más crónico se convierte o se transforma en aterosclerosis, es decir, se calcifican estas placas de ateroma (...)”.</p>	<p>El patólogo forense de la CNDH afirma que la señora Ernestina tenía obesidad, sin embargo, no está documentado su peso, talla, perímetro abdominal o algún otro dato antropométrico, de los que se pueda inferir la supuesta obesidad. Luego entonces, la CNDH por medio de su patólogo forense no puede sustentar que la señora Ernestina haya sido obesa.</p> <p>El mismo patólogo forense de la CNDH también afirma que la señora Ernestina era sedentaria porque no hacía ejercicio como correr, lo cual no es correcto, pues el sedentarismo (que quiere decir estar sentado) implica que la persona realiza sólo actividades que no requieren esfuerzo físico. En el caso de la señora Ernestina, además de ayudar a las actividades del hogar, sacaba a pastorear sus ovejas, para lo cual se tenía que desplazar en una orografía accidentada. Por ello, no se puede decir que la señora Ernestina era sedentaria. También refiere el patólogo forense de la CNDH, sin estar documentado que la señora Ernestina ingería azúcar y refrescos y que por ello, insiste el patólogo de la CNDH, la señora era obesa, y que ello lleva a la enfermedad ateromatosa, cuando es bien conocido por los médicos que la enfermedad ateromatosa es parte del proceso natural de envejecimiento de las personas; que</p>

Transcripción de lo que se dijo en la exposición	Observaciones realizadas por médicos especialistas
	<p>es acelerado y exacerbado por la alimentación rica en grasas saturadas o por patologías hereditarias.</p> <p>Se observa que el patólogo forense de la CNDH inventa datos clínicos con la finalidad de acotar un cuadro fisiopatológico que explique la muerte de la señora Ernestina.</p> <p>Por otro lado, es falso lo que afirma el patólogo forense de la CNDH cuando sostiene que la enfermedad ateromatosa, conforme va pasando el tiempo y se va haciendo más crónica se convierte o se transforma en aterosclerosis, es decir, se calcifican estas placas de ateroma, ya que, como se dijo antes, la aterosclerosis es un proceso natural de envejecimiento que tiene relación con algunos factores de riesgo como el sobrepeso, el tabaquismo, la hipercolesterolemia y el sedentarismo, entre otros; ello es diferente a decir que es por la ingesta de carbohidratos o azúcares.</p>
<p>El Dr. Carlos Alejandro Hernández González, patólogo forense de la CNDH, en su exposición refirió: “Entonces, asimismo, se van formando los extractos de las placas de ateroma y se van calcificando los más profundos, esto lo lleva a una insuficiencia vascular principalmente de miembros inferiores, como ya vieron en una de las fotografías; a su vez, esta insuficiencia vascular de miembros inferiores lo complica y es cuando empieza con hipoxia, que corresponde a la falta de oxígeno, los eritrocitos son los que nos dan oxígeno en todo el organismo, si no hay eritrocitos suficientes, y circulación suficiente, empieza a caer lo que se llama hipoxia, esto lo complica con una isquemia que es una pérdida o falta de oxígeno, con mayor razón y que empieza haber lesión celular ya en los tejidos.</p>	<p>El hecho de que un paciente presente ya sea insuficiencia venosa o curse con insuficiencia arterial en miembros inferiores, no quiere decir que se pueda inferir que ambos tipos de pacientes tengan hipoxia. Por ello se puede afirmar que es falso lo que afirma el patólogo forense de la CNDH cuando señala que la insuficiencia vascular de miembros inferiores lo complica y es cuando empieza con hipoxia.</p> <p>También es totalmente falso que la trombosis mesentérica provenga de una insuficiencia vascular de miembros inferiores. No hay vías circulatorias para que una trombosis mesentérica sea consecuencia de una insuficiencia vascular de miembros inferiores.</p>

Transcripción de lo que se dijo en la exposición	Observaciones realizadas por médicos especialistas
<p>A su vez, esto lo lleva a una trombosis; esta trombosis principalmente en las arterias mesentéricas”.</p>	<p>Por cierto, el patólogo refiere reiteradamente la existencia de una trombosis mesentérica, sin embargo, nunca aclara si es arterial o venosa. Se podría inferir que habla de una trombosis arterial porque menciona la aterosclerosis, sin embargo, hubiera sido adecuado que lo aclarara.</p>
<p>El Dr. Carlos Alejandro Hernández González, patólogo forense de la CNDH, en su exposición refirió: “Las arterias mesentéricas provienen del tronco celiaco. Bueno, el doctor [Rivera] lo debe conocer perfectamente. Ésta [señala la fotografía que se proyectaba en la pantalla] principalmente proviene de la arteria mesentérica superior, como fue en este caso; si esta arteria mesentérica superior irriga lo que es el intestino delgado y parte del intestino grueso, como vamos a ver más adelante, en la fotografía se ve perfectamente la isquemia y la zona de hemorragia del segmento del trayecto intestinal”.</p>	<p>Es totalmente falso que las arterias mesentéricas provengan del tronco celiaco. Las arterias mesentéricas provienen directamente de la arteria aorta. Para corroborar esto basta revisar cualquier buen libro de anatomía humana.</p> <p>Es muy difícil que en una fotografía se pueda ver la isquemia vascular, pues cuando se da este tipo de eventos isquémicos, lo único que se podría ver es los tejidos afectados por la isquemia pálidos, ya que éstos tienen muy pobre contenido sanguíneo, lo cual da la coloración a los tejidos vivos.</p>
<p>El Dr. Carlos Alejandro Hernández González, patólogo forense de la CNDH, en su exposición refirió: “Entonces, lo que ustedes están observando [en la fotografía] es lo que se llama asas intestinales o intestino delgado, el estómago ya se los mostró el Dr. Cervantes cómo estaba, era una bolsa llena de un material hemático, éste, que aproximadamente ni siquiera se cuantificó eso allá, sería un litro o poquito menos de un litro. Entonces estas asas intestinales empiezan ya a tener el sufrimiento por la falta de oxígeno y a esto se le llama isquemia intestinal. La [diapositiva] que sigue por favor”.</p> <p>“Aquí vemos una asa intestinal que ya empieza a tener lo que se llama necrosis, es decir, <i>necros</i> quiere decir muerte, se está muriendo el tejido. Esta zona ya se está muriendo antes de que empiece a morirse todo lo demás porque se empieza a necrosar. Aquí</p>	<p>Es totalmente falso que una asa intestinal se vea rojo brillante cuando está en curso un proceso isquémico (falta de oxígeno en el tejido porque no le llega sangre oxigenada) ya que precisamente la isquemia conlleva que el tejido esté pálido y frío, y no con una coloración rojo brillante. De hecho, cuando se opera un intestino con una lesión mesentérica vascular para determinar el área de isquemia se va oprimiendo con el dedo para constatar la velocidad del llenado capilar y conocer hasta dónde se va a quitar el tejido dañado por la isquemia vascular.</p>

Transcripción de lo que se dijo en la exposición	Observaciones realizadas por médicos especialistas
<p>tenemos otra imagen de las asas intestinales que están rojas. Si ustedes comparan la coloración, éstas todavía no están con isquemia o empiezan con isquemia, sin embargo, éstas son rojas brillantes, que son las zonas más isquémicas de la trombosis mesentérica.”</p> <p>Ante la pregunta de cuál fue la causa de la muerte el Dr. Carlos Alejandro Hernández González, patólogo de la CNDH, manifestó: “No, la causa de muerte no fue la aterosclerosis. El inicio de las patologías crónicas, la aterosclerosis no puede matar doctor, lo que mata es la complicación de la aterosclerosis, que es una trombosis cuando se desprende un fragmento de esa placa de ateroma que circula por todo el organismo y, cuando encuentra un vaso sanguíneo de menos calibre que lo que va circulando, entonces a eso se le llama infarto o embolia, dependiendo de donde caiga, si es en el corazón, en las arterias coronarias, se llama infarto cardiaco o al miocardio; si es en sistema nervioso central o cerebro se llama infarto cerebral, dependiendo del vaso que toque”.</p>	<p>El desprendimiento de un fragmento de la placa de ateroma no es una trombosis, sería en todo caso una embolia por ateroma, que por cierto es un evento vascular muy poco frecuente.</p> <p>Cuando, en raras ocasiones, se llega a desprender un ateroma de la arteria aorta, lo más frecuente es que se vaya por medio de la circulación a los miembros inferiores y no a las arterias mesentéricas por la sencilla razón de que el ateroma sigue la vía más rápida y recta, que en este caso es la de los miembros inferiores; es muy difícil que un ateroma se vaya por las arterias mesentéricas porque dichas arterias forman un ángulo más perpendicular en relación con la arteria aorta y es difícil que dicho ateroma se vaya por ahí.</p> <p>Cuando, en raras ocasiones, el ateroma se desprende del corazón, lo más probable es que el ateroma se vaya hacia el cerebro y origine un cuadro clínico de embolia cerebral.</p> <p>Por todo ello también se puede afirmar que es falso que los ateromas circulen por todo el cuerpo.</p> <p>A todo lo anterior se debe agregar que no está documentado que haya existido el desprendimiento de un ateroma de alguna parte del cuerpo de la señora Ernestina.</p>

Transcripción de lo que se dijo en la exposición	Observaciones realizadas por médicos especialistas
<p>El Dr. Carlos Alejandro Hernández González, patólogo forense de la CNDH, en su exposición refirió: "...la gastritis es una enfermedad crónica, ¿sí?; puede ser superficial o puede ser profunda, ¿sí?; puede sangrar o no sangrar, ¿sí?; la gastritis se puede presentar como una reacción a cualquier alimento que sea irritante, ¿sí? o puede ser la cronicidad por una enfermedad como un [palabra inaudible], cualquier tipo de patología ¿sí? Bueno, entonces alguna vez que la complicación de la gastritis es la úlcera gástrica, ¿qué sucede? Si la mucosa superficial de las células cilíndricas, lo que cubre la mucosa es el moco que se está produciendo, cuando las células cilíndricas lo dejan de producir, se realiza inmediatamente la reacción inflamatoria superficial, a esto se le llama gastritis superficial. Entonces, si usted recuerda su histopatología, cuando la cursó, existe la mucosa, la submucosa, la muscular. Entonces, si usted recuerda, los vasos sanguíneos gástricos se encuadran en la submucosa. Cuando la lesión gástrica lesiona la mucosa que es lo más superficial y abarca hasta la submucosa, encuentran a su paso los vasos sanguíneos de bajito calibre. Si esto persiste, los vasitos de bajo calibre se rompen y empiezan a sangrar y a esto se le llama úlcera aguda. Cuando la úlcera se empieza a recuperar, el organismo en forma natural empieza a producir tejidos colágenos, los colágenos son los que nos cubren las heridas, y empieza a tratar de tapar esos vasos sanguíneos que están sangrando y a esto se le llama úlcera crónica, que se hace como sacabocado, como cuando van a la nieve que meten la cucharita y queda hueco, sí lo has visto, todos hemos comido, así es la úlcera gástrica".</p>	<p>El gastroenterólogo consultado señaló respecto a este punto que es falso que la gastritis sea una enfermedad crónica ya que es bien conocido que las gastritis pueden ser agudas o crónicas.</p> <p>Con los escasos datos que se aportan, y en caso de que fueran ciertos los resultados histopatológicos realizados por el patólogo forense de la CNDH, hasta donde se podría llegar a sugerir es que probablemente se trataba de una anciana que tenía una gastritis con posible sangrado por úlceras, probablemente por estrés.</p> <p>Es de referir que la generalidad de los ancianos tiene atrofia celular con aplanamiento de la mucosa que es lo que caracteriza a las gastritis crónicas.</p>

Transcripción de lo que se dijo en la exposición	Observaciones realizadas por médicos especialistas
<p>El Dr. Carlos Alejandro Hernández González, patólogo forense de la CNDH, en su exposición refirió que las úlceras “proviene previamente de la trombosis mesentérica al haber alterado la coagulación, y la trombosis mesentérica viene también de las ateromatosis y las ateromatosis vienen también de la ingesta de grasas, de carbohidratos y de todo eso, ésa es toda la secuencia o correlación clínico-patológica”.</p>	<p>Es totalmente falso que la trombosis mesentérica por sí misma origine trastornos de la coagulación. También es falso que las úlceras sangrantes provengan de las trombosis mesentéricas. Bueno, ¿son las úlceras que provienen de las gastritis lo que condiciona la trombosis mesentérica o ésta da lugar a la aparición de las úlceras?</p>
<p>El Dr. Marcos Pérez Gómez, médico internista de la CNDH, en su exposición manifestó: “Yo creo que vale la pena aclarar, porque aquí hay una duda de tipo semántico; nosotros hemos oído hablar de úlceras de estrés como si fueran producto de estrés de tipo emocional. (...) Las úlceras de estrés, que nosotros llamamos médicamente, pueden llegar a producir un sangrado catastrófico; se derivan siempre de un estado de choque previo, de un estado de choque, hablemos otra vez y no es por semántica, un golpe sino un choque es la pérdida de función cardio-circulatoria de cualquier tipo por un infarto al corazón, por una hemorragia. Lo que encuentra el patólogo es isquemia y la isquemia se revierte con problemas de coagulación y comienza a sangrar, pero ahí no faltan plaquetas ni nada de eso, es un estado de hipoperfusión, mala función circulatoria, debido a una pérdida aguda de la capacidad cardiovascular de circulación”.</p>	<p>En opinión del gastroenterólogo consultado, hay abundante literatura médica que habla de la existencia de úlceras gástricas por estrés, las cuales en ocasiones son agudas y muy sangrantes.</p> <p>Es falso que la isquemia se revierte con problemas de coagulación, ¿eso quiere decir que cuando hay problemas de coagulación desaparece la isquemia? o ¿una vez que desaparece la isquemia se tiene problemas de coagulación? Ambas posibilidades son médicamente absurdas.</p> <p>Cuando se tiene, por ejemplo, una isquemia en una extremidad, se puede abrir la arteria, se introduce un Fogarthy (catéter), se suministra heparina (anticoagulante) directamente en la arteria y se procede a destaparla; es decir, hay casos de isquemia que son tratados con el apoyo de anticoagulantes.</p>

Transcripción de lo que se dijo en la exposición	Observaciones realizadas por médicos especialistas
<p>El Dr. Marcos Pérez Gómez, médico internista de la CNDH, en su exposición manifestó: “Nosotros queríamos hacer un estudio colegiado de todo ese tipo de documentos, los cuales constan en toda la averiguación que se tenía al respecto. Hicimos una revisión tanto de los expedientes como de las fotografías, además de los dictámenes de todos los especialistas. En forma colegiada se llega a un proceso que se llama determinación de un evento centinela, ¿qué es un evento centinela? Cuando hay alguna duda en cuanto al diagnóstico o al tratamiento del padecimiento, llegando a esa duda se utiliza una herramienta que la tiene muy bien determinada el IMSS, que se llama manejo de la causa-efecto de un padecimiento para llegar desde una causa hasta un efecto que puede ser la muerte o una complicación, etcétera. En forma colegiada se llegó a los siguientes diagnósticos: en primer lugar me llamó la atención la presencia de distensión abdominal con insuficiencia venosa crónica y sin huellas traumáticas”.</p>	<p>Simplemente no hay relación fisiopatológica entre la supuesta distensión abdominal y la insuficiencia venosa crónica.</p>
<p>El Dr. Marcos Pérez Gómez, médico internista de la CNDH, en su exposición manifestó: “...la distensión [señala la fotografía], nuevamente se corrobora la dermatitis que se ve más y que nos habla de insuficiencia venosa periférica y sin huella de lesión traumática evidente”.</p>	<p>Ningún médico serio se atrevería a demostrar un diagnóstico de insuficiencia venosa periférica con la pura observación de una fotografía, sin testigo métrico ni cromático, en la que supuestamente se ve una dermatitis, de la cual, además, no están descritas sus características como: si está en placas, si está diseminada, si existen huellas de rascado, tamaño, forma, localización perimaleolar, entre otros, y que dicha dermatitis no está debidamente diagnosticada.</p>

Transcripción de lo que se dijo en la exposición	Observaciones realizadas por médicos especialistas
<p>El Dr. Marcos Pérez Gómez, médico internista de la CNDH, en su exposición aseveró: "...obviamente estas (fotografías) son (tomadas) antes de que se practique la autopsia, aquí existe la dermatitis por insuficiencia venosa, todos sabemos que a una paciente que tiene insuficiencia venosa le cambia la coloración de la piel en las piernas, comienza a hacerse una dermatitis ocre o negra, la cual empieza a tener cambios en la coloración por la insuficiencia venosa".</p>	<p>Este médico nuevamente de manera temeraria trata de demostrar un diagnóstico de insuficiencia venosa porque supuestamente observa una dermatitis en una fotografía.</p> <p>Cabe hacer notar que cuando se habla de insuficiencia venosa se refiere a la incapacidad funcional del sistema venoso para realizar su función de retorno venoso sanguíneo hacia el corazón. Es una insuficiencia funcional que trae agregado todo un cortejo de signos y síntomas determinado, el más característico es la presencia de varicosidades, que entran en el grupo de várices primarias.</p> <p>Hay personas que tienen insuficiencia venosa y no tienen várices, pero tienen toda la sintomatología propia de la estasis venosa en las venas de miembros inferiores, que son, entre otras, dolor tipo cansancio, pesantez de predominio vespertino, edema que cede con la elevación de las piernas; puede no haber cambios tróficos de la piel, dicha sintomatología no suele ceder con reposo. Por todo ello, se afirma categóricamente que no es serio hacer un diagnóstico de insuficiencia venosa con la pura observación de una supuesta dermatitis ocre en una o varias fotografías.</p>
<p>El Dr. Marcos Pérez Gómez, médico internista de la CNDH, en su exposición manifestó: "...entonces dijimos, ¿qué enfermedades de las que se encontraron ocasionaron la muerte, que tenga evidencia objetiva, por los cortes histológicos del patólogo, por el estudio criminalístico, por el tipo de lesiones? Y se encuentran estos: dolor abdominal intenso y súbito, hay una exploración abdominal inicial que puede ser normal y que después se vio que había una distensión abdominal. Si se hubiera sospechado este padecimiento en la paciente, hasta en los mejores hospitales del mundo tienen una altísima</p>	<p>Este médico tampoco especifica si la supuesta trombosis mesentérica es arterial o venosa. Ello es importante porque hay una enfermedad que se llama trombosis venosa mesentérica en la cual se obstruye el sistema venoso intestinal y tiene una extensión muy importante de necrosis y una gran distensión abdominal y eso se presenta en pacientes con alteraciones de la coagulabilidad, en pacientes hemofílicos o con trastornos hematológicos, inmunológicos o en pacientes con problemas neoplásicos.</p> <p>De igual forma se puede presentar un cuadro patológico como</p>

Transcripción de lo que se dijo en la exposición	Observaciones realizadas por médicos especialistas
<p>letalidad, un alto grado de mortalidad. Hay literatura [menciona un hospital] de Boston, que es el que tiene la mayor casuística del mundo y la mortalidad puede llegar a ser de 40 por ciento; en esos centros antes de hacer algún procedimiento, si se opera a este paciente, si se le quita el problema circulatorio, si se le restituye sangre inmediatamente, si se le corrige la presión arterial baja, y la anemia tan severa que ocasiona este problema, las posibilidades de éxito son de 37 por ciento, más de esto es muy poco probable. En la casuística en México, la mortalidad en la trombosis mesentérica puede ser de más de 90 por ciento”.</p>	<p>trombosis arterial mesentérica, la cual es propiciada por la disminución del aporte sanguíneo debido a la obstrucción de uno o más troncos arteriales mesentéricos.</p> <p>Por otro lado, también se puede presentar un cuadro patológico denominado embolia arterial mesentérica, lo cual hace inferencia a la obstrucción de los vasos mesentéricos ocasionados por un trombo de origen distal a éste, principalmente provienen del corazón.</p>
<p>El Dr. Marcos Pérez Gómez, médico internista de la CNDH, en su exposición manifestó: “...¿por qué se produce la muerte? Es lo que decía el doctor [patólogo de la CNDH] hace un rato; existe una estasis vascular al haber una trombosis; hay daño del endotelio, hay exceso de coagulación y los trombos generalmente vienen de la insuficiencia venosa de los miembros inferiores con problemas circulatorios venoarteriales; produce problemas circulatorios, esto es importante porque la señora Ernestina tenía insuficiencia venosa periférica que es un factor de riesgo sumamente importante como factor etiológico de todo el cuadro”.</p>	<p>Este médico sigue en la misma dinámica de la mentira. La trombosis mesentérica no puede proceder de los miembros inferiores porque no pueden llegar por ninguna vía circulatoria al mesenterio.</p> <p>El resto de este párrafo son puras palabras sin sentido.</p>
<p>El Dr. Marcos Pérez Gómez, médico internista de la CNDH, en su exposición manifestó: “...la obstrucción arteriovenosa no es secundaria a esfuerzo, traumatismo o a estrés, esto no tiene nada que ver, es únicamente... ustedes se van en avión y pueden terminar con una insuficiencia venosa, y una insuficiencia venosa puede dar lugar a una trombosis venoarterial mesentérica”.</p>	<p>Es totalmente falso que una insuficiencia venosa pueda dar lugar a una trombosis venoarterial mesentérica. No hay ninguna vía arterial o venosa, una insuficiencia venosa ni una insuficiencia arterial en miembros inferiores que puedan dar lugar a una trombosis mesentérica. Simplemente no hay ninguna correlación anatómica entre el drenaje venoso de los miembros inferiores y superiores con la irrigación arterial mesentérica.</p>

Transcripción de lo que se dijo en la exposición	Observaciones realizadas por médicos especialistas
<p>El Dr. Marcos Pérez Gómez, médico internista de la CNDH, en su exposición manifestó: “...no tiene nada que ver, absolutamente nada que ver con el estrés. Se agrega la función plaquetaria, se activan todos los factores de la coagulación, hay una catástrofe clínica intensa en la circulación y que propaga el coágulo de donde se hizo, a todo el intestino y entonces ven todo el intestino sumamente grande, son 7 metros; imagínense ustedes la cantidad de trombosis que tenía todo eso. Esto produce isquemia, se puede corroborar en los estudios que tiene el doctor [patólogo CNDH]; en los cortes se ve perfectamente la isquemia intestinal y la necrosis intestinal y ocasiona finalmente la muerte del tejido”.</p>	<p>Esto también es totalmente falso, ya que un coágulo en los miembros inferiores no puede propagar al sistema de irrigación o drenaje del mesenterio. Cualquier coágulo que se forme en las venas de miembros inferiores necesariamente va al corazón derecho y de ahí a alguna parte de los pulmones. La única excepción es cuando el paciente presenta un cuadro de tromboembolia paradójica, en la que el paciente tiene una comunicación interauricular, o bien una comunicación interventricular y los trombos pasan a través de estos defectos de tabique al corazón izquierdo. En el caso de la señora Ernestina no hay ningún dato clínico que nos haga inferir que estos defectos del corazón hubieren existido.</p>
<p>El Dr. Marcos Pérez Gómez, médico internista de la CNDH, en su exposición señaló: “Nosotros tenemos en la piernas, voy a ponerles un parangón, con todo el respeto para las creencias de todos, yo digo que Diosito se equivocó, nomás nos hizo un corazón y entonces nada más podemos mandar la sangre, con el corazón, hacia abajo, pero no hay manera de subirlo, y entonces, al final, ideó que se pudiera regresar la sangre, e hizo las venas con sistemas de válvulas que cada determinado paso van cerrando las venas, esas son las venas normales”.</p>	<p>La angiología como parte de la ciencia médica, no recurre a Dios para explicar las razones de que el ser humano tenga un solo corazón. La angiología lo explica mediante la evolución ontológica de los seres humanos. Los predecesores del <i>homo sapiens</i> caminaban en 4 patas, sus corazones y sus sistemas circulatorios estaban diseñados para ser funcionales en seres vivos que se desplazaban de esa forma. Cuando los homínidos empezaron a caminar con sólo dos pies se empezaron a dar las transformaciones necesarias para que el sistema cardiocirculatorio fuera más funcional, aun hoy en día, tales transformaciones continúan, de tal manera que el sistema venoso se sigue perfeccionando para ayudar al retorno venoso de la sangre.</p>

Transcripción de lo que se dijo en la exposición	Observaciones realizadas por médicos especialistas
<p>El Dr. Marcos Pérez Gómez, médico internista de la CNDH, en su exposición refirió: “Mamás con várices tienen hijas con várices, porque tiene un factor hereditario, y ocasiona que las venas no tengan esas válvulas, y usted tiene dos sistemas circulatorios: uno profundo y que se llama drenaje profundo y otro drenaje superficial. Las venitas que usted ve, que son estéticas, son de drenaje superficial, no son problemáticas, en cambio las de drenaje profundo no se ven”.</p>	<p>Nada más equivocado que decir que las venitas que se ven no son problemáticas.</p> <p>El drenaje venoso de las extremidades se da a través de tres sistemas venosos que son: el sistema venoso superficial, el sistema venoso profundo y el sistema de las venas perforantes. Las venas que comunican el sistema venoso profundo con el sistema venoso superficial son las venas perforantes, este es el tercer sistema y es de suma importancia para el drenaje venoso.</p> <p>Lo que determina la diferencia entre el sistema profundo y el sistema superficial es que el profundo está dentro de los compartimentos musculares o aponeuróticos y son los que se encargan de 85 por ciento, aproximadamente, del drenaje venoso de las extremidades inferiores. Está formado por dos venas tibiales anteriores, dos venas tibiales posteriores y dos venas peroneas, que pueden confluir en uno o dos sistemas de poplíteas, un sistema femoral superficial que se continúa con una vena femoral común, a la cual llega la vena femoral profunda, que al unirse constituyen la progresión de la vena iliaca externa. Al unirse la vena iliaca externa con la interna construyen la vena iliaca primitiva, que al juntarse con la del lado contra-lateral forman el sistema de la vena cava inferior. Este es el sistema venoso profundo.</p> <p>El sistema venoso superficial está constituido por 14 grupos venosos, no son la <i>venitas</i> esas que dice el médico internista de la CNDH. El más conocido de esos grupos es el sistema de la safena interna, que es la que primordialmente da las varicosidades que todos hemos visto en algunas personas. Otro grupo muy importante es el del sistema de la safena externa.</p>

Transcripción de lo que se dijo en la exposición	Observaciones realizadas por médicos especialistas
	<p>Como se observa, el sistema superficial no es tan simple como lo manifiesta el médico internista de la CNDH y sí da muchos problemas a la población ya que son muy numerosos los pacientes que presentan problemas de várices.</p>
<p>El Dr. Marcos Pérez Gómez, médico internista de la CNDH, en su exposición aseveró: “Ahora se lo voy a plantear al revés [...], nosotros buscamos cuál es la causa de esto, si pudo haber traumatismo, si pudo haber un factor; 85 por ciento de las trombosis mesentéricas se deben a trombos que provienen de las piernas y que habían pasado asintomáticas hasta ese momento”.</p>	<p>Esto es totalmente falso. Una trombosis no puede ser asintomática. Si la trombosis está en el sistema venoso profundo, produce un cuadro clínico que se conoce como trombosis venosa profunda que da síntomas y signos muy evidentes; que requiere un manejo hospitalario para evitar primeramente un evento tromboembólico pulmonar, no mesentérico, porque no hay vías para que pueda viajar un trombo venoso al sistema mesentérico como lo menciona el médico internista de la CNDH.</p>
<p>El Dr. Marcos Pérez Gómez, médico internista de la CNDH, en su exposición manifestó: “Lo ponemos aquí al revés, nosotros sospechamos del problema de las piernas cuando vimos esto [señala las fotografías que se estaban proyectando], no por el problema de las piernas pensamos que hizo una trombosis arriba, esto es una catástrofe abdominal que tuvo que haberse originado de algún punto y el punto que más se encuentra es insuficiencia venosa e insuficiencia arterial por aterosclerosis, como decía el doctor [patólogo CNDH]”.</p>	<p>El médico internista de la CNDH todavía no aclara si la supuesta trombosis es arterial o es venosa. Tampoco dice, en caso de que fuera arterial, en dónde tuvo la supuesta trombosis, la señora Ernestina.</p> <p>Para que un paciente con una insuficiencia arterial mesentérica tenga sintomatología, debe existir la obstrucción ateromatosa total de dos de los tres troncos (celiaco, mesentérico superior y mesentérico inferior); es decir, para que empiece a dar sintomatología la insuficiencia arterial mesentérica se requiere la obstrucción de dos de los tres troncos mencionados. La razón de ello es que son muy amplias las anastomosis (intercomunicaciones) del sistema arterial, ya que a través de un solo sistema se puede compensar con suficiencia para que llegue sangre al resto de los tejidos viscerales abdominales.</p> <p>Se anota además que este tipo de cuadros clínicos no son frecuentes. En el caso de la señora Ernestina no hay datos para inferir que haya presentado la insuficiencia arterial mesentérica.</p>

Transcripción de lo que se dijo en la exposición	Observaciones realizadas por médicos especialistas
<p>El Dr. Marcos Pérez Gómez, médico internista de la CNDH, en su exposición señaló: “No es muy difícil que haya otra causa. Vimos si traumatismos podían producir este problema. Un traumatismo puede producir una hemorragia localizada, a lo mejor un estallamiento de vísceras, pero para que deje un golpe hacer, tiene que haber un hematoma externo, alguna huella de traumatismo importante. Y de ahí viene la duda de que usted decía hace rato, que si una úlcera de estrés puede ocasionar esto, ¿no?, esto es después de esto, ya vienen las hemorragias porque se consumen todos los factores de la coagulación aquí porque todo queda estancado. Esto es una catástrofe gravísima. Yo creo que si hubo algún error en la declaración fue haber dicho que había sido por gastritis. No fue por una gastritis, esto fue por una trombosis mesentérica que complicó el problema gástrico que ya existía y que hizo un sangradera impresionante”.</p>	<p>El médico internista de la CNDH sigue inventando ya que no menciona ninguna evidencia documentada de que existieron trastornos de la coagulación.</p>
<p>El Dr. Marcos Pérez Gómez, médico internista de la CNDH, en su exposición refirió: “Sí, mientras no se tape la arteria puede dar lo que nosotros llamamos una angina abdominal, lo mismo que sucede aquí puede suceder en el corazón, lo mismito. Entonces usted en el esfuerzo puede sentir un poquito de dolor, en el espasmo, se para y luego sigue caminando”.</p>	<p>El médico internista de la CNDH refiere que una insuficiencia arterial en miembros inferiores produce un trastorno abdominal, lo cual es falso.</p>

Transcripción de lo que se dijo en la exposición	Observaciones realizadas por médicos especialistas
<p>El Dr. Marcos Pérez Gómez, médico internista de la CNDH, en su exposición manifestó: “Esto pudo haber dado algún día alguna secuencia y usted puede decir ‘nada más me dio un retortijón’, o cualquier cosa sencilla, pero es un angor abdominal, necesita usted tener una alta sospecha de este padecimiento para pensar en él. Yo creo que el cirujano, en las notas que se ven ahí, pensó en una trombosis porque la iba a operar, pero por las condiciones de la paciente que ya estaba chocada, con una presión arterial baja, frecuencia cardíaca baja, etcétera, era imposible; en la anestesia se hubiera quedado también. O sea que ahí había riesgo de la cirugía o el riesgo de la enfermedad. Y otro punto que es muy importante, mucho muy importante, es que nadie sospechó, como todos se orientaron hacia un problema de tipo sexual, yo creo que el gran error clínico fue no haber, si a mí me llega, yo tengo 25 años de trabajar en un servicio de urgencias, manejamos la coordinación del evento centinela, por eso estamos manejando este caso y cuando nos llega un paciente con una agresión sexual, decimos bueno aparte de lo sexual, ¿qué más hay? Porque tenemos que clasificar lo que se llama el riesgo preoperatorio. El riesgo preoperatorio nos dice: voy a operar a una paciente con una agresión sexual, pero ¿cómo está su sistema cardiocirculatorio? Y se clasifican en cinco categorías, la categoría cuatro es una categoría en donde la persona si se opera se muere o si no se opera se muere, este podría ser el caso”.</p>	<p>El médico internista de la CNDH, al parecer, cree que los cirujanos sólo piensan en diagnósticos de trombosis cuando operan abdomen.</p> <p>Lo que no tomó en consideración el médico internista de la CNDH, es que hay más de una decena de diagnósticos más frecuentes antes que pensar en una trombosis mesentérica.</p>

Transcripción de lo que se dijo en la exposición	Observaciones realizadas por médicos especialistas
<p>El Dr. Marcos Pérez Gómez, médico internista de la CNDH, en su exposición manifestó: “Como verá usted, en una de las primeras diapositivas decía que muchas veces el abdomen está normal; cuando a usted le da un infarto cerebral, tiene usted cuatro minutos y se le deshace el cerebro. Cuando tiene usted un infarto al corazón tiene usted dos horas. Hicimos un estudio muy simpático en el hospital La Raza, en verdad, en el cual vimos cuál era el factor de riesgo más importante para que se retrasara el tratamiento de un paciente con infarto al corazón. ¿Sabe usted qué resultó?: la esposa como factor de riesgo, porque cada vez que tenía dolor el paciente, le decía la esposa: ‘No te preocupes, ya se te va a pasar’, y le daba un tecito y se tardaban cuatro o cinco horas y ya no había nada que hacer en el infarto. El intestino nos aguanta ocho horas, pero de verdad que tiene que ser una catástrofe para que nos dé una necrosis tan rápida. Esto está verdaderamente horrible”.</p>	<p>Es totalmente falso el tiempo que se menciona para que la isquemia pueda producir una necrosis. El tiempo para que una isquemia produzca una necrosis en asas intestinales o mesenterio va a depender de las condiciones en que se encuentra la totalidad de la circulación mesentérica. Muchas veces se hacen arteriografías mesentéricas y se encuentra que la arteria mesentérica superior está totalmente obstruida y el paciente no tiene ninguna sintomatología porque tiene la otra arteria mesentérica inferior y el tronco celiaco totalmente libres a la circulación, entre ambas son capaces de dar circulación arterial a la parte que le correspondería a la arteria mesentérica obstruida. O el caso contrario es que el paciente con cuadro clínico documentable, diagnosticado de angor abdominal, y presenta obstrucción arterial de uno o dos troncos vasculares mesentéricos y súbitamente se ocluye el restante tronco vascular, presenta un cuadro súbito y la necrosis se presenta en una o dos horas.</p>
<p>El Dr. Marcos Pérez Gómez, médico internista de la CNDH, en su exposición aseveró: “Tenemos en primer lugar, por los datos en las fotografías, la dermatitis ocre. Estuvimos investigando si había alguna otra característica y a menos que estuviera en contacto con sustancia tóxicas en los pies podían generar esto; la mayoría de las veces es por problemas de circulación profunda, pero lo más importante que nosotros hicimos la programación, así si lo decimos al revés”.</p>	<p>Es totalmente falso que las sustancias tóxicas tengan algo que ver con las várices o con otros tipos de insuficiencia venosa. De igual manera es falso que la mayoría de los trastornos circulatorios venosos sean profundos, ya que la patología vascular venosa de los miembros inferiores es predominantemente del sistema venoso superficial.</p>

Transcripción de lo que se dijo en la exposición	Observaciones realizadas por médicos especialistas
<p>El Dr. Marcos Pérez Gómez, médico internista de la CNDH, en su exposición dijo: “¿Qué ocasionó la trombosis de este tipo? Ah bueno, en toda la literatura mundial la primera causa de trombosis es insuficiencia venosa”.</p>	<p>Es totalmente falso que la primera causa de trombosis mesentérica sea la insuficiencia venosa, ya que, por lo antes referido, bajo ninguna circunstancia la patología venosa de los miembros inferiores puede conllevar a patología mesentérica de ninguna índole.</p>
<p>El Dr. Marcos Pérez Gómez, médico internista de la CNDH, en su exposición manifestó: “Y nos fuimos al cuerpo a ver si tenía la insuficiencia venosa, ¿sí? ¿Qué hubiera sido lo ideal? Si hubiera pasado esto en el [nombra un hospital] de Boston, pues lo que hubieran hecho es una arteriografía y ahí se podría haber detectado la insuficiencia circulatoria de miembros inferiores y la trombosis, obviamente eso no se hizo”.</p>	<p>Es ridículo afirmar que para determinar la presencia de la insuficiencia circulatoria venosa de miembros inferiores se pida realizar una arteriografía. Ahora resulta que para visualizar las venas se pide realizar un procedimiento que sirve para visualizar la circulación en arterias como lo es la arteriografía. Consideramos que en todo caso, para visualizar las venas, se pida una flebografía, que no es lo mismo que una arteriografía.</p>
<p>El Dr. Marcos Pérez Gómez, médico internista de la CNDH, en su exposición manifestó: “...la inferencia es: trombosis mesentérica, ¿qué lo causa?: insuficiencia venosa; ¿tenía la paciente? Sí, tenía insuficiencia venosa. Si me dice usted, ¿qué otras cosas generan trombosis mesentérica? Hay factores hereditarios y factores adquiridos. Los factores hereditarios se dan en gente joven, una mujer joven, estéril, que a pesar de estar teniendo muchos embarazos presenta abortos espontáneos, eso se llama síndrome de hipercoagulabilidad y le va a dar una trombosis mesentérica. Pero en una persona mayor de 70 años, con la obesidad central, con una trombosis de este tipo hay que pensar en insuficiencia venosa periférica”.</p>	<p>Es totalmente falso, reiteramos: la insuficiencia venosa no puede dar trombosis mesentérica.</p> <p>Tal vez los cambios observados por la CNDH, más que haber correspondido a un cuadro de patología vascular mesentérica, pueden corresponder a cambios presentados en una paciente con colapso vascular (choque), derivados de los mecanismos homeostáticos a que se ven sometidos los intestinos al igual que los miembros inferiores que se quedan sin circulación, tratando el organismo de mantener una adecuada perfusión en cerebro y corazón.</p>

Lamentamos que haya médicos que, aprovechándose de sus conocimientos, y de la ignorancia de personas que de ninguna manera tienen la obligación de tener este tipo de conocimientos, realicen exposiciones mediante un lenguaje técnico diciendo mentiras o verdades a medias.

En caso de que algún médico de la CNDH se sienta agraviado por lo que exponemos en este documento, estamos a sus órdenes para que en un debate público podamos exponer nuestros puntos de vista.

*Contradicciones y retractaciones
sobre la verdad histórica de los hechos /*

Caso: Ernestina Ascensión Rosario

fue impreso en mayo de 2008

en Offset Universal, S.A., Calle 2 núm. 113,

Col. Granjas San Antonio, México,

D.F., tel. 5581-7701, bajo el cuidado

de Rodrigo Castellanos Fajardo.

Tiraje: cuatro mil ejemplares.

