

RECOMENDACIÓN No.

40 /2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V, PERSONA ADULTA MAYOR, POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA OCURRIDA EN EL HGZ-53, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN EL ESTADO DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 25 de febrero de 2022

MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2020/10842/Q**, sobre la atención médica brindada a V, en el Hospital General de Zona 53 “Los Reyes”, en el Estado de México.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la información Pública; 1, 3, 9, 11, fracción VI, 16, y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, y 1, 6, 7, 16, 17, y 18 de la Ley General de Protección y Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Dicha información se pondrá en

conocimiento de las autoridades recomendadas, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

CLAVE	SIGNIFICADO
QV	Quejosa Víctima Indirecta
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable
SP	Persona Servidora Pública
QM	Queja Médica

4. En la presente Recomendación la referencia a distintas dependencias, instancias de gobierno y normatividad, se hará con acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, los cuales podrán ser identificados como sigue:

NOMBRE	CLAVE
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Hospital General de Zona 53 “Los Reyes”, Estado de México	HGZ-53
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Organización Mundial de la Salud	OMS
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Comisión Nacional/Organismo Nacional
Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, “Del Expediente Clínico”	Norma Oficial del Expediente Clínico

I. HECHOS.

5. El 11 de noviembre de 2020, se recibió en este Organismo Nacional, la queja presentada por QV, a través de la cual, hizo valer hechos probablemente violatorios a los derechos humanos en agravio de V, atribuibles a personas servidoras públicas del IMSS.

6. Lo anterior, dado que el 08 de noviembre de 2020, V, persona de 72 años de edad ingresó al HGZ-53, por padecer insuficiencia renal, sin embargo, no se le brindó la atención médica que requería, únicamente fue internado debido a que presentaba sintomatología concordante con COVID-19, para lo cual le realizaron la prueba respectiva.

7. El 11 de noviembre de 2020, personal del HGZ-53 otorgó el alta a V, con la finalidad de que fuera atendido en casa, mientras recibía el resultado de dicha prueba el cual le sería entregado entre el 16 y 17 de noviembre de 2020, no obstante, el 14 del mismo mes y año falleció en su domicilio.

8. Por los hechos narrados, se inició el expediente CNDH/5/2020/10842/Q, y a fin de que se realizara la investigación respectiva sobre violaciones a derechos humanos, se obtuvo el informe y copia del expediente clínico que remitió el IMSS, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de observaciones y análisis de las pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

9. Escrito de queja recibida en esta Comisión Nacional el 11 de noviembre de 2020, mediante la cual QV, se inconformó por la atención médica brindada a V, por parte de personal médico del HGZ-53 del IMSS.

10. Actas circunstanciadas en las que se certificó la recepción de correos electrónicos del 12 y 18 de noviembre de 2020, a través de los cuáles el área de Gestión de la Coordinación de Atención y Orientación del IMSS informó sobre el estado de salud y posterior fallecimiento de V.

11. Actas circunstanciadas en las que se certificó la recepción de correos electrónicos del 16 y 18 de marzo de 2021, por medio de los que se remitió respuesta del Jefe de Medicina Interna del HGZ-53, así como documentación relacionada con el caso de V, del cual se destacan las siguientes documentales:

11.1. Triage¹ y Nota Inicial del Servicio de Urgencias del HGZ-53 de 08 de noviembre de 2020, suscrita por SP1, quien especificó que V ingresó a ese nosocomio por insuficiencia renal crónica² con cuadro de más de diez días, de evacuaciones diarreicas, con aparición de melena³ el día de su ingreso. Precizando que contaba con antecedentes personales patológicos de importancia, tales como: hipertensión arterial sistémica⁴ y diabetes mellitus tipo dos⁵, sin tratamiento sustitutivo de la función renal, consignando el diagnóstico inicial de “...*crisis hipertensiva / sangrado de tubo digestivo alto / desequilibrio hidroelectrolítico...*”.

11.2. Nota médica y Prescripción médica de 09 de noviembre de 2020 elaborada por AR1, quien señaló que V presentaba condiciones generales malas, agregando los diagnósticos de “...*síndrome urémico, gastropatía urémica, lesión renal sobre base crónica, enfermedad renal crónica KDIGO 5, sin tratamiento sustitutivo de la función renal, crisis hipertensiva tipo urgencia hipertensiva y desequilibrio hidroelectrolítico con hiperkalemia leve, diabetes mellitus tipo dos descontrolada por hiperglucemia, rabdomiólisis con lesión renal aguda...*”.

11.3. Nota médica y Prescripción médica del Servicio de Urgencias elaborada por AR2, el 09 de noviembre de 2020, quien señaló que V, contando con aproximadamente 15 horas de hospitalización, reportó una mejoría en las cifras de presión arterial y la gasometría indicaba un serio desequilibrio ácido-base, por lo que “...*requería de estancia hospitalaria para vigilancia y control hidrometabólico, así como valoración de inicio de terapia sustitutiva (de la*

¹ Es un término francés que se emplea en el ámbito de la medicina para clasificar a los pacientes de acuerdo a la urgencia de la atención. También denominado triaje, se trata de un método que permite organizar la atención de las personas según los recursos existentes y las necesidades de los individuos.

² Pérdida irreversible de la función renal, documentado con una tasa de filtrado glomerular < 15 ml/min. Es propiamente la etapa KDOQI 5, donde se requiere empleo de alguna terapia sustitutiva de la función renal.

³ Signo clínico que refleja una hemorragia digestiva por la presencia de deposiciones con sangre digerida (negra, parcialmente coagulada, muy maloliente, a veces mezclada con heces). Es casi siempre manifestación de una hemorragia digestiva alta copiosa.

⁴ La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una enfermedad crónica, controlable de etiología multi- factorial, que se caracteriza por un aumento sostenido en las cifras de la presión arterial sistólica (PS) por arriba de 140 mmHg , y/o de la presión arterial diastólica (PD) igual o mayor a 90 mmHg.

⁵ Es una enfermedad crónica que hasta no hace mucho solía producirse generalmente en adultos mayores de 50-55 años, por lo que se la conocía como diabetes del adulto. Su característica más importante es la presencia en la sangre de niveles elevados de glucosa y constituye uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, hasta el punto de que si no se trata adecuadamente pueden desarrollarse complicaciones muy graves: ictus, infartos de miocardio, neuropatías, afecciones de la retina que pueden llevar a la ceguera, amputación de un pie, etc.

función renal) con diálisis peritoneal...”, solicitando su envío al Hospital General de Zona correspondiente (insistiendo en la zonificación).

11.4 Nota médica de 09 de noviembre de 2020 elaborada por AR3, quien señaló que V mostró alteración de la función respiratoria caracterizada por “...*rudeza respiratoria...*” y estertores⁶ subcrepitantes aislados diseminados en ambos campos pulmonares.

11.5. Nota médica de evolución turno nocturno de 09 de noviembre de 2020, en la cual AR4 reportó los estudios de laboratorio de V, llamando la atención la concentración de hemoglobina (7.13 g/dL), cuya cifra era menor a la reportada en el estudio previo (8.47 g/dL), por lo que indicó la transfusión de concentrado eritrocitario.

11.6. Notas médicas del Servicio de Urgencias de 10 de noviembre de 2020 suscritas por AR1 en las cuales manifestó estabilización en las cifras de tensión arterial de V; sin embargo, reportó persistencia de hallazgos pulmonares que indicaban patología a ese nivel, motivo por lo que sugirió la realización de TAC de tórax a descartar proceso agregado asociado a COVID-19. También mencionó la percepción de aliento urémico⁷, considerando la posibilidad de iniciar con tratamiento sustitutivo de la función renal a través de diálisis peritoneal, por lo que mencionó haber solicitado valoración al servicio de Cirugía General para colocación de catéter.

11.7. Resultado del radiodiagnóstico del Servicio de Urgencias de 10 de noviembre de 2020, suscrito por SP2 quien externó que V presentó: *Parénquima⁸ pulmonar “...Clásico COVID-19 (probable). Distribución de la enfermedad: aleatoria periférica. Otros datos: Derrame pleural izquierdo. Aspecto de la atenuación: Categoría: C. Patrón dominante: Consolidación. Fase de la enfermedad: enfermedad avanzada. (...) CO-RADS (niveles de*

⁶ Son pequeños ruidos chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos en los pulmones. Ruidos anormales durante la respiración originados por el paso del aire por los alveolos

⁷ En la insuficiencia renal crónica que cursa con hiperuricemia, el **aliento** del paciente puede presentar el olor característico a pescado podrido (**aliento urémico**) causado por la exhalación pulmonar de compuestos químicos como la dimetilamina y la trimetilamina.

⁸ Parénquima es el término que se emplea para definir la masa de tejido encargada de una función específica. En el caso del parénquima pulmonar se hace referencia al tejido encargado del intercambio gaseoso. Está compuesto por los bronquiolos respiratorios.

sospecha de infección por COVID-19): CO-RADS 4. Alto, Anormalidades sospechosas de COVID-19...”.

11.8. Nota de alta de 11 de noviembre de 2020, suscrita por AR5 quien señaló que V *“...se encuentra hemodinámicamente estable saturando al 97% sin O2 (oxígeno) suplementario con insuficiencia renal crónica, candidato a diálisis, por lo que continuará atención en servicios de diálisis al terminar la cuarentena...”.*

11.9. Nota de egreso de Hospitalización por mejoría de 11 de noviembre de 2020, suscrita por AR6 y autorizada por AR7, donde indicaron como diagnóstico final de egreso de V: *“...neumonía lobar no especificada...”.* que era candidato a diálisis, cuya atención se daría en dicho servicio al terminar su *“...cuarentena...”*, motivo por el que se egresaba a su domicilio.

11.10. Reporte de resultados del Laboratorio Central de Epidemiología del HGZ-53, sobre el Ensayo diagnóstico para la detección de enfermedad respiratoria viral de V *“... Tipo de muestra: exudado faríngeo / nasofaríngeo. Fecha de toma: 11/11/2020 (...) Fecha de recepción: 12/11/2020 (...) Ensayo(s) RT-qPCR SARS-CoV-2 (...) Resultado: POSITIVO. Fecha de resultado: 13/11/2020...”.*

12. Actas circunstanciadas en las que se certificó la recepción de correo electrónico el 16 de diciembre de 2021, a través del cual QV remitió copia del Acta de defunción emitida por SP2 del Registro Civil en Ixtapaluca, Estado de México, en la que se precisa que las causas de la muerte de V fueron: *“...Acidosis metabólica 2 días, insuficiencia renal crónica 2 años, diabetes mellitus tipo II 35 años, hipertensión arterial sistémica 5 años...”.*

13. Opinión médica de 11 de enero de 2022, emitido por un especialista de esta Comisión Nacional, quien determinó que la atención de V en el HGZ-53 fue inadecuada, contribuyendo en el deterioro de su estado de salud y en su posterior fallecimiento.

14. Acta circunstanciada de 14 de febrero de 2022, en la que se certificó una conversación telefónica sostenida con la Jefa de Atención a Quejas de asuntos de la

CNDH en el IMSS, quien señaló que el 30 de abril de 2021, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS inició la Queja Médica QM relacionada con el caso de V.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

15. El 30 de abril de 2021, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, inició el expediente de queja médica QM relacionada con el caso de V, que a la fecha de elaboración de la presente recomendación se encuentra en trámite.

16. Asimismo, es importante señalar que no se tiene evidencia de que se hubiese iniciado carpeta de investigación ante la autoridad ministerial, ni de algún procedimiento administrativo ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, por los hechos materia de esta Recomendación.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

17. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2020/10842/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN así como de la CrIDH, se contó con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al acceso a la información en materia de salud en agravio de V, atribuibles a personal médico del HGZ-53; lo anterior en razón de las consideraciones que se exponen a continuación.

A. Situación de vulnerabilidad de las personas adultas mayores que padecen enfermedades crónicas.

18. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de adulto mayor, específicamente a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad, por tratarse de una

persona de 72 años, por lo que atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida, considerada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal HGZ-53.

19. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad al “*estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas.*”⁹. A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

20. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que “*por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.*”¹⁰

21. Asimismo, el artículo 17, párrafo primero del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “*Protocolo de San Salvador*”; los artículos 12.1 y 12.2 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 de “*Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores*”; los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, y la Declaración sobre los Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad establecen que los adultos mayores constituyen un grupo vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado, porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en una situación de desatención que son los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

⁹ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, p. 8; CNDH, Recomendación 26/2019, p. 24. Y CNDH, Recomendación 23/2020, p. 22.

¹⁰ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).

22. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas consideradas adultos mayores, el 25 de junio de 2002 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en cuyo artículo 3, fracción I, establece que: “*Personas adultas mayores: Aquéllas que cuentan con sesenta años o más de edad*”; y en el diverso 4, fracción V, dispone como principio rector del referido ordenamiento legal la atención preferente, considerada como “*...aquélla que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.*”

23. Asimismo, entre otros derechos de las personas adultas mayores, previstos en el artículo 5º, fracciones I, III y IX del ordenamiento citado en el párrafo anterior, se señalan: el derecho de la integridad, dignidad y preferencia; derecho a la salud y derecho de acceso a los servicios públicos. Uno de los objetivos de esta ley, conforme al artículo 10 es propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental, preservando su dignidad como ser humano, procurar una mayor sensibilidad y conciencia social a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social.

24. A su vez, la OMS señala que las enfermedades crónicas son aquellas de “*larga duración y por lo general de progresión lenta*”.¹¹ Para dicho Organismo Internacional, las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor afectación son las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición.¹²

25. En sentido similar, el IMSS considera que las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan por progresión lenta y de larga duración; son complejas e implican un alto grado de dificultad técnica. Entre las que generan mayores costos al Instituto son las enfermedades i) cardiovasculares e hipertensión arterial; ii) la

¹¹ OMS, Enfermedades crónicas. Disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.

¹² OMS, “*Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa*”, Suiza, OMS, 2006, p. 8.

diabetes mellitus; iii) los cánceres, en particular el cérvico-uterino y de mama, y iv) la insuficiencia renal crónica, principalmente como complicación de las dos primeras.¹³

26. Esta Comisión Nacional, advierte que las personas que sufren enfermedades crónicas graves se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, porque tales padecimientos originan mayores factores de riesgos que ponen en peligro su vida e integridad, por su capacidad disminuida para protegerse o hacer frente a tales consecuencias negativas, y en caso de consumarse una violación a tal derecho, los efectos pueden ser más severos y encadenados, originando nuevos factores de vulnerabilidad como puede ser la discapacidad, por lo que requieren de atención prioritaria.¹⁴

27. Así, la enfermedad renal crónica es la presencia durante al menos tres meses de filtrado glomerular (FG) inferior a 60 ml/min/1,73 m² o lesión renal (definida por la presencia de anomalías estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso del FG). La lesión renal se pone de manifiesto directamente a partir de alteraciones histológicas en la biopsia renal (enfermedades glomerulares, vasculares, túbulo-intersticiales) o indirectamente por la presencia de albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones hidroelectrolíticas o de otro tipo secundarias a patología tubular o a través de técnicas de imagen.¹⁵

28. El Informe de la Organización Panamericana de la Salud de la Oficina Regional para las Américas de la OMS indica que la enfermedad renal crónica del riñón, también llamada insuficiencia renal crónica, describe la pérdida gradual de la función renal. Los riñones filtran los desechos y el exceso de líquidos de la sangre, que luego son excretados en la orina. Cuando la enfermedad renal crónica alcanza una etapa avanzada, niveles peligrosos de líquidos, electrolitos y los desechos pueden acumularse en el cuerpo.¹⁶

¹³ IMSS, “Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016-2017”, Ciudad de México, IMSS, 2017, p. 40.

¹⁴ CNDH. Recomendaciones 82/2019 y 23/2020.

¹⁵ Guía de Práctica Clínica. Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica en el segundo y tercer nivel de atención. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-727-14. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/727GER.pdf>

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud, “Informe sobre la enfermedad crónica del riñón”, puede consultarse en la página electrónica oficial, con el siguiente link: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-cronica-rinon>

29. Los signos y síntomas de la enfermedad renal crónica se desarrollan con el paso del tiempo y el daño renal suele avanzar lentamente, y puede incluir, náuseas, vómitos, pérdida de apetito, fatiga y debilidad, problemas de sueño, cambios en la producción de orina, disminución de la agudeza mental, espasmos musculares y calambres, hinchazón de pies, tobillos y presión arterial alta. Los signos y síntomas son a menudo no específicos, lo que significa que también pueden ser causados por otras enfermedades.¹⁷

30. Algunos de los factores que pueden aumentar el riesgo de enfermedad renal crónica son la diabetes, la presión arterial alta, enfermedades del corazón, el tabaquismo y la obesidad. Dependiendo de la causa subyacente, algunos tipos de enfermedad de los riñones pueden ser tratados. La enfermedad renal crónica no tiene cura, pero en general, el tratamiento consiste en medidas para ayudar a controlar los síntomas, reducir las complicaciones y retrasar la progresión de la enfermedad.¹⁸

31. La CNDH ha documentado y acreditado varios casos de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida por parte del IMSS, en agravio de personas con enfermedades renales crónicas, verificándose en la mayoría de éstos el desarrollo de padecimientos en las que dicha enfermedad crónica era un factor de riesgo.¹⁹

32. En el presente caso, el especialista de este Organismo Nacional advirtió que V contaba con 72 años de edad, así como, con antecedentes patológicos previos a su hospitalización como Insuficiencia Renal Crónica, Hipertensión Arterial Sistémica, además de Diabetes Mellitus tipo 2.

33. Con base en lo anterior, el personal médico del HGZ-53 del IMSS, debió tomar en cuenta que en el caso de V, se trataba de una persona que presentaba una condición de vulnerabilidad, ya que, era adulto mayor y padecía diversas enfermedades crónicas, tales como insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, por tanto, su atención tenía que ser preferente, prioritaria e inmediata; sin embargo AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 adscritos al HGZ-53, no realizaron todos los actos necesarios para que V fuera atendido médicamente

¹⁷ Idem.

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ CNDH. Recomendaciones 113/2021, 51/2021; 49/2020, 35/2020, 23/2020, entre otras.

con relación a la sintomatología que presentó desde su ingreso, ocasionando que no se otorgara el seguimiento debido y oportuno, contribuyendo, no solo al deterioro del estado de salud de V, sino a su fallecimiento, como se describirá y analizará en el apartado siguiente.

B. Derecho a la protección de la salud.

34. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.²⁰

35. Por su parte el numeral 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.²¹

36. El numeral primero de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que *“la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”*²²

37. La Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma en su artículo 25, párrafo primero que: *“...toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure [...] la salud y en especial [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”*.

²⁰ CNDH. Recomendaciones 28/2021, párr. 32, 5/2021, párr. 21, 52/2020, párr. 42, 23/2020, p. 36; n 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28.

²¹ “Artículo 1o. Bis.- Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación.

²² El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14.

38. Este Organismo Nacional también indicó en la Recomendación General 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, del 23 de abril de 2009, que: *“ (...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”*.²³

39. En ese sentido, el 08 de noviembre de 2020, V ingresó al Servicio de Urgencias del HGZ-53 debido a que, por diez días, había presentado sintomatología caracterizada por evacuaciones diarreas, con aparición de melena el día de su ingreso. Aunado a que contaba con antecedentes personales patológicos de importancia, tales como: hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo dos e insuficiencia renal crónica, sin tratamiento sustitutivo de la función renal, y ante la manifestación de las evacuaciones con características melénicas, SP1 consideró la posibilidad de un evento de sangrado de tubo digestivo alto²⁴, consignándose el diagnóstico inicial de *“...crisis hipertensiva / sangrado de tubo digestivo alto / desequilibrio hidroelectrolítico...”*.

40. Por lo que como plan inicial SP1 prescribió omeprazol, medidas generales de protección gástrica como el ayuno y, para el evento hiperglucémico indicó esquema de insulina de acción rápida. Respecto al sangrado de tubo digestivo alto (de origen no variceal), como parte inicial del manejo, sugirió realizar la estrategia de tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones con fines anti-secretorios.

41. No obstante, el 09 de noviembre de 2020, V presentó condiciones generales malas, y fue diagnosticado por AR1 con *“...síndrome urémico, gastropatía urémica, lesión renal sobre base crónica, enfermedad renal crónica KDIGO 5, sin tratamiento sustitutivo de la función renal, crisis hipertensiva tipo urgencia hipertensiva y desequilibrio hidroelectrolítico con hiperkalemia leve, diabetes mellitus tipo dos descontrolada por hiperglucemia, rabdomiólisis con lesión renal aguda...”*, por lo que,

²³ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párr. 21.

²⁴ Es la hemorragia que se origina dentro del tracto gastrointestinal que incluye al esófago, estómago y duodeno, pudiendo manifestarse como hematemesis, melena o ambas. Dependiendo del volumen sanguíneo perdido y la rapidez con la que se presente, puede llevar a un estado de choque al paciente que ponga en riesgo su vida.

a decir del especialista de esta CNDH, era evidente la presencia de un daño renal crónico con complicación aguda y alteraciones propias de la enfermedad como lo era el proceso anémico con cifra de hemoglobina disminuida (8.47 g/dL. Valor de referencia: 13.0 a 17.0 g/dL), desequilibrio hidroelectrolítico, posiblemente ácido-base; y presencia de foco infeccioso factiblemente a nivel urinario, ante el aumento de leucocitos (leucocitosis: 16,690 / μ L. Valor de referencia: 4,000 a 11,000 / μ L en la biometría hemática.

42. Por lo cual el plan de manejo fue modificado por AR1 con hidroterapia intravenosa, añadiendo dos antihipertensivos (amlodipino y prazosina), antibiótico (ciprofloxacino), calcitriol (forma activa de vitamina D), fumarato ferroso (manejo alternativo de la anemia) y analgésico (metamizol). Asimismo, como complementos de estudios diagnósticos solicitó TAC de cráneo simple a descartar lesión hemorrágica intracraneal (factor de riesgo ante la urgencia hipertensiva y búsqueda de daño a órgano diana) y AR2 hizo referencia a la posibilidad de envío de V a su hospital general de zona correspondiente por “zonificación”.

43. En misma fecha, contando V con aproximadamente 15 horas de hospitalización, AR2 reportó una mejoría en las cifras de presión arterial y la TAC de cráneo, descartando alteración de origen hemorrágico; sin embargo, la gasometría indicaba un serio desequilibrio ácido-base, por lo que V, a consideración de AR2 “...requería de estancia hospitalaria para vigilancia y control hidrometabólico, así como valoración de inicio de terapia sustitutiva (de la función renal) con diálisis peritoneal...”, aunado a que solicitó su envío al Hospital General de Zona correspondiente (insistiendo en la zonificación), acciones que, según lo especificó el médico de esta Comisión Nacional incidieron en mala práctica médica, ya que AR2 solicitó el envío de V a otra unidad hospitalaria por motivos de “zonificación” cuando sus condiciones eran graves, inestables y con requerimiento de atención de urgencia; incurriendo en inobservancia al artículo 5 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

44. Horas más tarde, V mostró alteración de la función respiratoria caracterizada por “...rudeza respiratoria...” y estertores²⁵ subcrepitantes aislados diseminados en ambos campos pulmonares, sin embargo, AR3, quien en ese momento lo atendió,

²⁵ Son pequeños ruidos chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos en los pulmones. Ruidos anormales durante la respiración originados por el paso del aire por los alveolos

no realizó modificaciones en el manejo médico y tampoco solicitó, junto con AR1 y AR2, interconsulta al servicio de Nefrología ante una evolución “...insidiosa...”, y persistencia del síndrome urémico sin manejo, incurriendo con ello, a decir del médico de esta CNDH, en una mala práctica médica.

45. Por otro lado, los estudios de laboratorio realizados a V presentaron una concentración de hemoglobina de 7.13 g/dL, cuya cifra era menor a la reportada en el estudio previo (8.47 g/dL), por lo que AR4 indicó la transfusión de concentrado eritrocitario, sin embargo, en el expediente clínico no se advirtió alguna constancia que evidenciara el cumplimiento de dicho tratamiento, lo cual es motivo de inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, *Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos*, que refiere: “...que una actividad no registrada se considerará como no efectuada...”, por lo que al no haberse realizado dicha transfusión, con fundamento en el artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, y contraviniendo además las sugerencias vertidas en la Guía de Práctica Clínica. *Evaluación, diagnóstico y tratamiento de anemia secundaria a enfermedad renal crónica*; AR4 también incurrió en mala práctica médica.

46. El 10 de noviembre de 2020, V presentó estabilización en las cifras de tensión arterial y el estudio electrocardiográfico no mostró datos de afección, sin embargo, reportó persistencia de hallazgos pulmonares que indicaban patología a ese nivel, aunado a que también presentó aliento urémico²⁶, por lo que AR1 sugirió la realización de TAC de tórax a descartar proceso agregado asociado a COVID-19 y consideró la posibilidad de iniciar tratamiento sustitutivo de la función renal a través de diálisis peritoneal, además de que solicitó valoración al servicio de Cirugía General para colocación de catéter.

47. En nota agregada a las 13:00 horas de la misma fecha, AR1 asentó que el estudio tomográfico de tórax realizado a V, reportó hallazgos sospechosos de COVID-19, con CO-RADS 4²⁷, lo que indicaba una alta posibilidad en el diagnóstico. Por lo que

²⁶ En la insuficiencia renal crónica que cursa con hiperuricemia, el aliento del paciente puede presentar el olor característico a pescado podrido (aliento urémico) causado por la exhalación pulmonar de compuestos químicos como la dimetilamina y la trimetilamina.

²⁷ La Sociedad Radiológica Holandesa (NVvR) desarrolló el CO-RADS basado en otros esfuerzos de estandarización, como el Lung-RADS o el BI-RADS. El CO-RADS evalúa la sospecha de afectación pulmonar de COVID-19 en una escala de 1 (muy baja) a 5 (muy alta). El sistema está diseñado para ser usado en pacientes que presentan síntomas moderados a severos de COVID-19. Prokob M.; van Everdingen W.; cols. CO-RADS: A Categorical CT Assessment Scheme for Patients Suspected of Having COVID-19—Definition and Evaluation. Radiology, Vol. 296, num. 2, Agosto 2020.

agregó el diagnóstico de una *“neumonía adquirida en la comunidad por probable COVID + Influenza...”*, dando inicio al manejo médico con oseltamivir vía oral e indicación de ingreso a hospitalización Área COVID-19.

48. Sobre lo cual, el especialista de esta Comisión Nacional precisó que se contaba con elementos técnicos objetivos tanto por cuadro clínico, como por laboratorio de que V contaba con una enfermedad renal crónica en etapa 5 (fase terminal), la cual se encontraba complicada con un síndrome urémico y daño renal agudo por rabdomiólisis, requiriendo de manejo inmediato a base de terapia sustitutiva de la función renal, siendo importante su referencia al servicio de Nefrología para su manejo especializado, lo cual no se llevó a cabo en el presente asunto.

49. Por tanto, consideró, que existió una inadecuada atención médica para el padecimiento de V, ya que AR1, si bien, requirió el ingreso de V al área de hospitalización COVID-19, lo cual se encontraba plenamente justificado, también era urgente su valoración por el servicio de Nefrología, por lo que al no realizar la solicitud de interconsulta tal como lo especifica la Guía de Práctica Clínica. *Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica en el segundo y tercer nivel de atención*, incurrió en una mala práctica médica.

50. El 11 de noviembre de 2020, V se encontraba hemodinámicamente estable, saturando al 97% sin O₂ (oxígeno) suplementario, persistía con el cuadro clínico de insuficiencia renal crónica, y por tanto requería del tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal, a pesar de ello AR5, AR6 y AR7 determinaron continuar con su atención en servicios de diálisis al terminar la cuarentena.

51. Por lo anterior, en la misma fecha, V fue dado de alta por AR5 y AR6, con diagnóstico final de *“...neumonía lobar no especificada...”* en el cual se mencionó que V había ingresado al servicio de Urgencias por presentar una *“...gastropatía urémica, encefalopatía urémica, dolor abdominal, (siendo) portador de IRC (insuficiencia renal crónica), hipertensión arterial sistémica...”*, estando en ese momento hemodinámicamente estable, sin requerir oxígeno suplementario y saturando en 97% (oximetría de pulso), sobre lo cual, el especialista de la CNDH precisó que se incurrió en mala práctica médica al haberse realizado el egreso V de manera precipitada e injustificada, dado que V contaba con criterios para su ingreso hospitalario en área COVID-19, valoración por Nefrología e inicio de diálisis

peritoneal, según lo estipulado en la bibliografía médica especializada, en la Guía de Práctica Clínica. *Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica en el segundo y tercer nivel de atención;* y en los *Algoritmos interinos para la atención del COVID-19 del IMSS.*

52. Todo lo antes expuesto se robustece con la autorización que dio AR7 para que V fuera dado de alta a pesar de los criterios con que contaba para su ingreso hospitalario al área COVID-19, la valoración para interconsulta pendiente por el servicio de Nefrología, así como la realización urgente del tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal, contraviniendo de este modo lo estipulado en el artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

53. El 13 de noviembre de 2020 se informó el Reporte de Laboratorio Central de Epidemiología del HGZ-53, sobre el ensayo diagnóstico para la detección de enfermedad respiratoria viral de V, resultando positivo a *SARS-CoV-2.*

54. Finalmente, el 16 de diciembre de 2021, QV remitió a través de correo electrónico el Acta de defunción emitida por SP2 Oficial 02 del Registro Civil en Ixtapaluca, Estado de México, en la que se precisó que las causas de la muerte de V fueron: *“...Acidosis metabólica 2 días, insuficiencia renal crónica 2 años, diabetes mellitus tipo II 35 años, hipertensión arterial sistémica 5 años...”.*

55. En razón de lo anterior, y a pesar de que el HGZ-53 contaba con los recursos humanos y físicos para el manejo especializado que V requería; aunado a que no se consideró el estado crítico de salud que presentaba V, ni sus comorbilidades, la inadecuada atención médica otorgada trajo como consecuencia el deterioro de su estado de salud y su posterior fallecimiento, ya que sus condiciones de su salud eran de mal pronóstico para la vida, no obstante, se le otorgó el alta, negándole esa oportunidad.

56. Por tanto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 vulneraron en perjuicio de V, su derecho humano a la protección de la salud por inadecuada atención médica, contenido en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II, 77 Bis 9, fracciones V y VIII, de la Ley General de Salud; 8, fracciones

I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

C. Derecho a la Vida.

57. Ahora bien, al delimitarse las responsabilidades derivadas de la inadecuada atención y malas prácticas médicas, descritas en los párrafos que anteceden, éstas mermaron el acceso a una atención médica oportuna que agotara todas las posibilidades para lograr la obtención del tratamiento que V requería, lo que causó el deterioro de sus condiciones de salud, trayendo como desenlace su posterior fallecimiento.

58. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos: 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

59. La CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ya que de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. En razón de dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio²⁸, entendiéndose con ello que, los derechos a la vida y a la integridad personal, se encuentran vinculados con la salud y la prerrogativa de la protección de la misma.

60. Por su parte, la SCJN ha determinado que *“el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja [...] no sólo prohíbe la privación de la vida [...] también exige [...] la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, así como adoptar medidas positivas para preservar ese derecho [...] existe transgresión del derecho a la vida por parte del Estado [...] cuando éste no adopta*

²⁸ CrIDH, “Caso González y otras (Campo Algodonero) Vs. México”, sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232

las medidas razonables y necesarias [...] tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado...”.²⁹

61. Este Organismo Nacional ha sostenido que “*existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional [...] a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes*”.

62. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención, así como malas prácticas médicas otorgadas a V, por parte del HGZ-53, también son el soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida.

63. En efecto, el especialista de esta Comisión Nacional, señaló que si bien en el turno nocturno de la guardia comprendida del 09 al 10 de noviembre de 2020, AR4 indicó se efectuara a V la transfusión de concentrado eritrocitario³⁰, ya que está considerada para pacientes con síntomas de anemia (fatiga fácil, disnea, taquicardia), mayores a 65 años de edad con patologías cardiovasculares o pulmonares y cuando la hemoglobina es < 8 g/dL, encontrándose plenamente justificada, en el expediente clínico no se advirtió constancia alguna del cumplimiento de dicho tratamiento.

64. Aunado a que, en el numeral 4.8 de las disposiciones generales de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012; *Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos*, se establece que todas las actividades relativas a la disposición de sangre y componentes sanguíneos deberán registrarse, desde su extracción hasta su uso terapéutico o destino final, refiriendo que una actividad no registrada se considera como no efectuada, concluyendo que con la omisión de dicho

²⁹ SCJN. “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, enero de 2011, pág.24.

³⁰ Concentrado de eritrocitos: unidad que contiene mayoritariamente glóbulos rojos, obtenidos por fraccionamiento de una unidad de sangre total de una donación única o de una sesión de eritroaféresis.

tratamiento AR4 incurrió en mala práctica médica, lo que trajo como consecuencia el deterioro del estado de salud de V y su posterior fallecimiento.

65. De igual forma, tal y como se precisó en el dictamen médico emitido por el especialista de este Organismo Nacional, el 10 de noviembre de 2020, V ingresó al servicio de Medicina Interna del HGZ-53, sin embargo, no se observó *“nota de ingreso al servicio”*, donde se establecieran las condiciones clínicas generales que presentaba en ese momento; y en *“la nota de egreso”*, signada por AR6 y AR7 aunque no se mencionaron datos clínicos de enfermedad respiratoria viral grave según el *“Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la enfermedad respiratoria viral (abril 2020)”*, sí se contaba con factores de riesgo o *“datos de alarma”* para que V continuara hospitalizado en zona restringida para pacientes COVID-19, con necesidad de valoración por el servicio de Nefrología, según lo indicado por AR1, ya que V presentaba síndrome urémico³¹ con necesidad de tratamiento dialítico urgente.

66. En ese sentido y no obstante que se refirió la necesidad de que V fuera valorado por el servicio de Nefrología respectivo, ni AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 elaboraron nota de interconsulta a dicho servicio de Nefrología, incurriendo con ello en mala práctica médica, situación determinante que contribuyó al deterioro del estado de salud de V, y su posterior fallecimiento.

67. Asimismo, el 11 de noviembre de 2020, AR6 personal del Servicio de Medicina Interna del HGZ-53 determinó el alta de V de manera precipitada e injustificada, cuando contaba con los criterios médicos ya referidos, situación que comprometía y ponía en riesgo su vida, por falta de tratamiento médico y, a pesar de ello AR7 autorizó su egreso, contraviniendo lo establecido en el artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS en la parte que señala: *“...Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores... El Instituto*

³¹ Se define como la alteración en las funciones bioquímicas y fisiológicas durante el desarrollo de insuficiencia renal en estadio terminal. Los signos y síntomas se deben a la acumulación de solutos de retención urémica (urea) y toxinas urémicas (creatinina). En sus etapas incipientes, la enfermedad renal crónica es asintomática. Las manifestaciones surgen en forma lenta con el deterioro progresivo de la filtración glomerular, son inespecíficas y sólo se manifiestan cuando la afectación renal está en etapa muy avanzada (TFG < 5-10 ml/min/1.73 m²). En este punto, la acumulación de productos de desecho metabólico o toxinas urémicas ocasiona el síndrome urémico. Entre los síntomas generales de la uremia pueden estar: fatiga y debilidad; también son comunes anorexia, náusea y vómito y un regusto metálico en la boca. Los pacientes o sus familiares pueden señalar irritabilidad, deficiencia de la memoria, insomnios, piernas inquietas, parestesias y fasciculaciones. A veces surge prurito generalizado sin erupciones.

será corresponsable con el personal referido en los párrafos que anteceden, de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes...”

68. Es importante mencionar que el especialista de esta Comisión Nacional también indicó que, en el expediente clínico en estudio, no se advirtió nota o constancia médica de seguimiento ambulatorio posterior al alta de V, sin embargo, observó que la existencia de una *“nota de Trabajo Social”*, en donde se mencionaba su fallecimiento dos días después del egreso, información que había sido proporcionada por QV.

69. Finalmente, precisó que dentro de las constancias que obran en el expediente de queja, se puede apreciar copia simple de *“Acta de Defunción”* suscrita por SP3, Oficial 02 del Registro Civil en el municipio de Ixtapaluca, Estado de México, donde consta la fecha y las causas de defunción de V; la cual ocurrió a las 21:20 horas del 14 de noviembre de 2020, a consecuencia de *“...acidosis metabólica 2 días, insuficiencia renal crónica 2 años, diabetes mellitus tipo II 35 años, hipertensión arterial sistémica 5 años...”* con lo que pudo concluir que la falta de manejo médico del síndrome urémico severo y el egreso hospitalario injustificado, producto de la inadecuada atención médica otorgada por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, contribuyó en el deterioro del estado de salud de V y en su posterior fallecimiento.

D. Derecho de acceso a la información en materia de salud.

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

71. De acuerdo a lo anterior, la información contenida en la historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.³²

72. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, previene que, en materia de salud el derecho de acceso a la información *“comprende el*

³² CNDH. Recomendaciones 5/2021, párr. 64; 45/2020, párr. 88; 44/2020, párr.61; 43/2020, párr. 68; 42/2020, párr. 58; 35/2020, párr. 111; 23/2020, párr. 91; 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p. 116.

derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”³³

73. En la Recomendación General 29, “*Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud*”, esta Comisión Nacional, consideró que, “[...] *los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico*”.³⁴

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

75. Al respecto, este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica que se les brinda.³⁵

76. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud; 2) la protección de los datos personales; y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para

³³ Observación General 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

³⁴ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 27.

³⁵ CNDH. Párrafo 33 y Recomendaciones 45/2020, p. 92; 35/2020, p. 115; 23/2020, p. 95; 33/2016, p. 104.

el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.³⁶

77. Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-Del Expediente, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como se ha venido sosteniendo a través de diversas Recomendaciones como la General 29.

78. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, no pasó por alto para el especialista de este Organismo Autónomo, que algunas notas médicas del expediente clínico en mención tales como: Triage y Nota Inicial del Servicio de Urgencias del HGZ-53 de 08 de noviembre de 2020, Nota médica del Servicio de Urgencias de 09 de noviembre de 2020, Resultado del radiodiagnóstico del Servicio de Urgencias de 10 de noviembre de 2020 y Nota de alta de 11 de noviembre de 2020, no referían el nombre completo del médico quien la elabora, hora y fecha, así como la omisión en la realización de la *“nota de ingreso al servicio de Medicina Interna”* de V, incurriendo con ello en inobservancia de la NOM-Del Expediente, la cual involucra también a la Institución al ser solidariamente responsable de su cumplimiento.

79. La idónea integración del expediente clínico de V, es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad

³⁶ CNDH, op. cit., 45/2020, párr. 93; 35/2020, párr. 116; 23/2020, párr. 96; 26/2019, párr. 34; 21/2019, párr. 68; y 33/2016, párr. 105. párr. 67.

responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana se cumpla en sus términos.³⁷

E. Responsabilidad.

E.1. Responsabilidad de las personas servidoras públicas.

80. Tal como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2 y AR3, incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, al no haber realizado la interconsulta al servicio de Nefrología para el inicio inmediato del tratamiento sustitutivo de la función renal que V necesitaba (diálisis peritoneal o hemodiálisis), contribuyendo con el ello en el deterioro del estado de salud, contraviniendo con lo estipulado en la bibliografía médica especializada y en la Guía de Práctica Clínica *Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica en el segundo y tercer nivel de atención*.

81. Asimismo, AR2 incurrió en responsabilidad al solicitar el envío de V a otra unidad hospitalaria por motivos de “*zonificación*” cuando las condiciones del paciente eran graves, inestables y con requerimiento de atención de urgencia, incurriendo en inobservancia al artículo 5 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

82. Por otro lado AR4 incurrió en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, al no haber realizado la transfusión del concentrado eritrocitario a V, contraviniendo además con las sugerencias vertidas en la Guía de Práctica Clínica *Evaluación, diagnóstico y tratamiento de anemia secundaria a enfermedad renal crónica*; así como inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, *Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos*, ello en relación con lo dispuesto en el artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

83. Aunado a lo anterior, AR5 y AR6, al haber determinado el egreso de V, así como AR7 al haberlo autorizado, incurrieron en responsabilidad al realizar dichos actos de forma precipitada e injustificada, cuando contaban con criterios para su ingreso

³⁷ CNDH, Recomendaciones 23/2020, párr. 100; 16/2020, párr. 73; 26/2019, párr. 72; 21/2019, párr. 73, y 12/2016, párr. 74.

hospitalario en el área de COVID-19, valoración por el servicio de Nefrología e inicio de diálisis peritoneal, según lo estipulado en la Guía de Práctica Clínica *Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica en el segundo y tercer nivel de atención*, así como, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7 del del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

84. Este Organismo Nacional considera que las malas prácticas médicas atribuidas a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, de conformidad con lo previsto en la normatividad aplicable, dado que todas las personas servidoras públicas deben observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia, y para la efectiva aplicación de dichos principios, también deben de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que como quedó evidenciado en el apartado de observaciones del presente documento no aconteció.

85. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero, 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se tienen evidencias suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, promueva queja administrativa ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 en cuya investigación se tomen en cuenta las evidencias y argumentación referidas en la presente Recomendación.

E.2. Responsabilidad institucional.

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

87. La promoción, el respeto, protección y garantías de derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también consideran en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CRIDH y aquellos que conforman del sistema universal de las Naciones Unidas.

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

89. En la presente Recomendación ha quedado expuesta la responsabilidad de las personas servidoras públicas del HGZ-53, por violación al derecho a la protección de la salud, a la vida y al acceso a la información en materia de salud en agravio de V.

90. Este Organismo Nacional advierte con preocupación que el IMSS, independientemente de las responsabilidades particulares de personas servidoras públicas determinadas y que fueron señaladas en la presente determinación, también se incurrió en responsabilidad institucional, ello toda vez en el expediente clínico del HGZ-53 no cuenta con la nota de ingreso al Servicio de Medicina Interna de V de 10 de noviembre de 2020, ni con diversas notas que carecen de nombre completo del

médico que la elabora, fecha y hora, por tanto, la atención médica brindada en ese nosocomio no cumplió con los estándares de calidad que el caso ameritaba, ya que, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en la NOM-004-SSA3-2010 Del Expediente, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

91. En consecuencia, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero, 102, apartado B, 108 y 109 de la de la Constitución Política; 6º, fracción III; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de responsabilidad administrativo que corresponda.

F. Reparación Integral del Daño.

92. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

93. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 4, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción IX, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y

131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso en concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y, en consecuencia el derecho a la vida de V, por tanto, corresponde a sus familiares el acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en dicha normatividad; por lo que se deberá inscribir a QV, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

94. Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”* de las Naciones Unidas, así como diversos criterios de la CrIDH, ya que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

95. Asimismo, el Instituto Mexicano del Seguro Social, deberá solicitar a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas la asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de QV, para que dicha autoridad realice el pago por concepto de las violaciones a derechos humanos que fueron objeto por parte del personal del HGZ-53, de conformidad con los artículos 1, 145, 146 y 152 de la Ley General de Víctimas.

a) Medidas de Rehabilitación.

96. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas y sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62 de la Ley General de Víctimas, así como del artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes

referido. La rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

97. En el presente caso, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de conformidad con la Ley General de Víctimas, el IMSS deberá proporcionar a QV, la atención médica, tanatológica y psicológica que requiera, por las acciones y omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado, atendiendo a sus necesidades.

98. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para QV con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos, en caso de ser requeridos, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de Compensación.

99. Las medidas de compensación establecidas en los artículos 27, fracción III y 64, de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño moral o inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: *“(…) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”*.³⁸

100. La compensación debe otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida por las víctimas, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta incluye los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, como el daño moral, lucro cesante, la pérdida de oportunidades, los daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenido de los hechos violatorios de derechos humanos.

³⁸ Caso Bulacio Vs. Argentina, *Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Párrafo 90.

101. Para tal efecto, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a QV, por las acciones y omisiones que derivó en el fallecimiento de V, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones, hecho lo cual, se deberán remitir las constancias con que se acredite su cumplimiento, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

c) Medidas de Satisfacción.

102. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante el inicio de las investigaciones penales y administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

103. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al HGZ-53 colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la queja que este Organismo Nacional presente en el Órgano Interno de Control en ese Instituto, en contra de las personas servidoras públicas responsables referidas en la presente Recomendación.

104. Por lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero, se deberá informar las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

d) Medidas de no repetición.

105. Las garantías de no repetición establecidas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, consisten en implementar las medidas que sean necesarias, a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y, de esta forma, contribuir a su prevención, por ello el Estado debe adoptar todas las medidas legales, administrativas y de otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos humanos de las personas.

106. Para tal efecto, las autoridades del IMSS deberán implementar, en el plazo de tres meses, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la NOM-Del Expediente Clínico citada en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico y administrativo del HGZ-53, que deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

107. Asimismo, en el plazo de tres meses, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas del IMSS, particularmente en el HGZ-53, en la que se contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión que garanticen el envío y recepción de pacientes a otras unidades médicas y niveles de atención con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, supervisándose durante un período de seis meses el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten, remitiendo a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio quinto.

108. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se permite formular respetuosamente a usted, señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, la autoridad recomendada procederá a la reparación integral por los daños causados a QV, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la inadecuada atención médica que derivó en el fallecimiento de V, en términos de la Ley General de Víctimas, se le inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se otorgue atención médica tanatológica y psicológica que requiera QV, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a su edad y necesidades, así como proveerle de los medicamentos que se prescriban para el tratamiento que en su caso requieran. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y accesible, con su consentimiento, hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore en la presentación y seguimiento de la queja que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 AR8 adscritos al HGZ-53, ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación, y se remitan en su oportunidad las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la NOM-Del Expediente Clínico citada en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico y de enfermería del HGZ-53, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; hecho lo anterior, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas del IMSS particularmente en el HGZ-53, en la que se contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión que garanticen el envío y recepción de pacientes a otras unidades médicas y niveles de atención con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se supervise durante un período de seis

meses, el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten con objeto de garantizar su no repetición y se remitían a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento.

SEXTA. Se designe a la persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

109. La presente Recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos del artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

110. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

111. Con el mismo fundamento jurídico, le solicito, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

112. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional, ante ello este Organismo Nacional podrá solicitar al

Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA