

RECOMENDACIÓN No.

57/2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE V, EN LA UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA “LOMAS VERDES”, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, TANTO EN LA CITADA UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD, COMO EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚMERO 72, AMBOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL ESTADO DE MÉXICO

Ciudad de México. a 24 de marzo de 2022

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

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero 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/5/2020/575/Q**, sobre la atención médica brindada a V por la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Traumatología y Ortopedia “Lomas Verdes” y el Hospital General Regional número 72, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social 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 y 11, fracción VI, 16, y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como, 1, 6, 7, 16, 17, y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá

en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el 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
V	Víctima
QV	Quejoso 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
Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes" en el Estado de México	UMAE-HTO
Hospital General Regional número 72, en el Estado de México	HGR-72
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/ Comisión Nacional/ Organismo Nacional
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 "Del Expediente Clínico"	NOM-Del Expediente Clínico

I. HECHOS.

5. El 20 de diciembre de 2019, vía correo electrónico se recibió en este Organismo Nacional la queja presentada por QV misma que fue ratificada mediante escrito de fecha 23 de diciembre de 2019 en la que señaló que desde el 11 de noviembre de 2019, V, de 83 años de edad, sufrió un accidente en el baño de su casa lesionándose la pierna derecha por lo que ingresó al Hospital General de la Raza del IMSS, donde fue valorada por SP1 quien le diagnóstico fractura cabalgada de fémur derecho, referenciándola para recibir tratamiento especializado en el UMAE-HTO.

6. El mismo día V fue ingresada a la UMAE-HTO, siendo atendida por SP2, quien señaló que presentaba fractura diafisaria¹ de fémur derecho, nosocomio en el que permaneció por más de 15 días a fin de estabilizarla.

7. El 24 de noviembre de 2019, V fue trasladada al área de Urgencias del HGR-72 por presentar problemas en un riñón, hospital en el cual al día siguiente fue llevada al Área de Medicina Interna donde fue valorada por SP13 quien refirió que padecía enfermedad crónica renal y anemia, a mejorar sus condiciones generales, el 18 de diciembre de 2019, fue trasladada al UMAE-HTO de nueva cuenta.

8. Sitio en el que el 22 de diciembre de 2019 a pesar de presentar un nivel bajo de plaquetas fue intervenida quirúrgicamente por AR1, presentando, tras la cirugía, malas condiciones y falleciendo el día 23 de diciembre de 2019, exponiendo la quejosa, debido a la mala atención que recibió.

9. Con motivo de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional, el expediente de queja CNDH/5/2020/575/Q, y para documentar las violaciones a los derechos humanos se solicitó diversa información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

10. Escrito de QV enviado el 8 de enero de 2020, a esta Comisión Nacional, en el cual señaló las irregularidades relativas a la atención médica otorgada a V por la UMAE-HTO.

¹ Fractura que se presenta en alguna parte del hueso del muslo (fémur) que es el hueso más largo y fuerte del cuerpo humano.

11. Oficio número 095217614C21/0292 recibido el 31 de enero de 2020, a través del cual el IMSS remitió copia de la siguiente documentación:

11.1. Copia del Expediente Clínico y notas médicas integradas por la atención médica otorgada a V en la UMAE-HTO, de las cuales, entre otras, destacan las siguientes:

11.1.1. Orden de Traslado del Hospital General de la Raza del IMSS, de fecha 11 de noviembre de 2019, suscrita por SP1, quien señaló que el diagnóstico de V era fractura cabalgada de fémur derecho, señalando que enviaba para tratamiento especializado debido a que en esa unidad médica no se cuenta con Traumatología y Ortopedia.

11.1.2. Nota de ingreso a Urgencias de la UMAE-HTO de fecha 11 de noviembre de 2019, a las 07:35:59 suscrita por SP2, quien señaló como diagnóstico de V fractura diafisaria de fémur derecho.

11.1.3. Nota de ingreso del servicio de Traumatología y Ortopedia de la UMAE-HTO de fecha 11 de noviembre de 2019, elaborada por SP3, quien señaló que V presentaba fractura diafisaria de fémur derecho reciente y cerrada.

11.1.4. Nota de valoración de riesgo quirúrgico de 12 de noviembre de 2019, en la cual SP4 refirió que V presentaba riesgo quirúrgico ASA² Cuatro, recomendando profilaxis antitrombótica³, hemodiálisis y monitoreo cardiaco.

11.1.5. Nota de ingreso al servicio de Urgencias de 18 de diciembre de 2019 a las 11:36 horas, suscrita por SP5 en la que indicó que V al momento de su ingreso tenía una úlcera sacra no infectada.

11.1.6. Nota de valoración de Medicina Interna de 19 de diciembre de 2019 de las 13:05 horas, elaborada SP6, en la cual mencionó que no se contaba con electrocardiograma de V, y una vez realizado se solicitara nuevamente interconsulta para valoración de riesgo

²Es una evaluación preoperatoria del estado físico del paciente; por sí misma no es un predictor de riesgo quirúrgico. El riesgo perioperatorio es el resultado de la combinación de estado físico del paciente y la potencial agresión fisiológica que el procedimiento va a causar. La Sociedad Americana de Anestesia (ASA) recomienda la clasificación de riesgo anestésico de acuerdo con el estado físico del paciente, tomando en cuenta circunstancias que puedan afectar las decisiones sobre el riesgo operatorio y el manejo, a través de una escala que califica del 1 al 6 según el estado clínico.

³ Procedimientos físicos y farmacológicos destinados a prevenir la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar.

quirúrgico, además de que se señalaba que en ese momento presentaba 85,000 plaquetas⁴.

11.1.7. Formato de Control de Componentes Sanguíneos FBS-19 del Servicio Transfusional de 19 de diciembre de 2019 a las 12:43 horas del que se desprende la administración de un concentrado eritrocitario⁵ para V.

11.1.8. Resultados de laboratorio con fecha y hora de activación del 20 de diciembre de 2019 a las 07:59:41, y hora de entrega del 20 de diciembre 2019, en los cuales se advierten que los valores de plaquetas de V a esa fecha eran de 85,000.

11.1.9. Nota médica de 21 de diciembre de 2019 a las 05:59 horas, elaborada por SP7, quien registró que se estaba en espera de valoración de V por medicina interna una vez que se contara con el electrocardiograma para poder otorgar tiempo quirúrgico, y que se solicitaran concentrados plaquetarios, además de que los valores de plaquetas continuaban en 85,000.

11.1.10. Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, de 21 de diciembre de 2019, suscrita por AR1 mediante la cual solicitó autorización y registro a V para llevarle a cabo una intervención quirúrgica el 22 de diciembre de 2019, y en la cual se señala que sus niveles de plaquetas continuaban en 85,000.

11.1. 11. Formato de Control de Componentes Sanguíneos FBS-19 del Servicio Transfusional de 22 de diciembre de 2019 a las 06:31 horas del que se desprende la administración de un concentrado eritrocitario para V.

11.1.12. Resultados de laboratorio con fecha y hora de activación del 22 de diciembre de 2019 a las 08:22:45, y hora de entrega sin registro,

⁴Las plaquetas son células sanguíneas que ayudan a su cuerpo a coagular y detener el sangrado. Un nivel bajo de plaquetas se llama trombocitopenia y pone en mayor riesgo de sangrado. El rango normal de recuento de plaquetas es de 150,000 a 400,000. Si el recuento de plaquetas cae por debajo de 10 000, es posible que necesite una transfusión de plaquetas. La trombocitopenia

⁵ Transfusión del componente obtenido por remoción de una parte del plasma de sangre total que contiene mayoritariamente eritrocitos.

en los cuales se señala que los valores de plaquetas de V, a esa fecha eran de 98,000.

11.1.13. Nota postoperatoria de 22 de diciembre de 2019, elaborada por SP8 en la cual anotó que el médico responsable de la cirugía fue AR1, así como el procedimiento quirúrgico que se le practicó a V, los incidentes y accidentes durante la cirugía y el plan de manejo.

11.1.14. Nota de Anestesiología de 22 de diciembre de 2019 a las 18:30 horas, suscrita por SP9, en la que mencionó las complicaciones que presentó V durante la cirugía y la atención médica que se brindó para estabilizarla.

11.1.15. Nota de ingreso al área de reanimación de 22 de diciembre de 2019 a las 23:30 horas, sin nombre del médico que la elabora y de la cual se indicó que V ingresó a esa Área debido al choque hipovolémico hemorrágico Grado IV.

11.1.16. Nota de evolución y gravedad de 23 de diciembre de 2019 a las 09:00 horas, elaborada por SP10, quien reportó que V continuaba presentando choque hipovolémico hemorrágico Grado IV, con malas condiciones generales, reportándola muy grave.

11.1.17. Nota de egreso por defunción, suscrita por SP11, en la cual se señaló que durante la estancia de V en el área de choque, presentó paro cardíaco, sin que se logre retorno de la circulación espontánea⁶, por lo que se declara hora de muerte a las 17:40 horas del 23 de diciembre de 2019.

12. Resumen médico suscrito por SP12 de fecha 23 de julio de 2020, respecto de la valoración realizada por SP13 y atención médica proporcionada a V durante el tiempo que permaneció internada en el HGR-72.

13. Dictamen médico de 25 de junio de 2021, emitido por el especialista de esta Comisión Nacional quien concluyó que la atención brindada a V en la UMAE-HTO, fue inadecuada para su padecimiento.

⁶ Reparación y mantenimiento de pulso arterial central palpable o de signos vitales en un paciente que estaba en paro cardiorrespiratorio.

14. Acta circunstanciada del 27 de enero de 2022, elaborada por personal de esta Comisión Nacional en la que hizo constar la recepción del correo electrónico a través el cual se envía la determinación de la queja médica QM por parte de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente de fecha 5 de febrero de 2021, mediante la cual desde el punto de vista médico es improcedente.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

15. El día 05 de febrero de 2021 la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS emitió la resolución de la QM, determinándola improcedente desde el punto de vista médico.

16. A la fecha de la emisión de esta Recomendación no se cuenta con evidencia que permita acreditar la existencia de alguna carpeta de investigación ante la autoridad ministerial, ni de algún procedimiento administrativo ante el Órgano Interno de Control en el IMSS.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

17. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2020/575/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 como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones al derecho humano a la protección de la salud y a la vida en agravio de V, atribuibles a AR1 personal médico adscrito a la UMAE-HTO, así como al acceso a la información en materia de salud, atribuible tanto a la UMAE-HTO como al HGR-72.

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 83 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 del UMAE-HTO.

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.”⁷ 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.”⁸

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.

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 “...aquella que obliga a las instituciones federales,

⁷ 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

⁸ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).

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”.⁹ 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.¹⁰

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 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.¹¹

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

⁹ OMS, Enfermedades crónicas. Disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.

¹⁰ OMS, “Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa”, Suiza, OMS, 2006, p. 8.

¹¹ 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

ser más severos y encadenados, originando nuevos factores de vulnerabilidad como puede ser la discapacidad, por lo que requieren de atención prioritaria.¹²

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.¹³

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.¹⁴

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.¹⁵

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

¹² CNDH. Recomendaciones 82/2019 y 23/2020.

¹³ 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>.

¹⁴ 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>.

¹⁵ Idem.

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.¹⁶

31. Esta 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.¹⁷

32. En el presente caso, el especialista de este Organismo Nacional advirtió que V contaba con 83 años de edad, así como, con antecedentes patológicos previos a su hospitalización como enfermedad Renal Crónica Grado IV, Hipertensión Arterial Sistémica, además de Diabetes Mellitus tipo 2.

33. Con base en lo anterior, AR1, personal médico de la UMAE-HTO, 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, no realizó todos los actos necesarios para que V fuera atendida médicamente con relación a la sintomatología que presentó desde su ingreso al Servicio de Medicina Interna, 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.¹⁸

35. Por su parte el artículo 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

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ CNDH. Recomendaciones 113/2021, 51/2021; 49/2020, 35/2020, 23/2020, entre otras.

¹⁸ CNDH, Recomendación 30/2021, párr. 35, 28/2021, párr. 32; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 16; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28.

estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹⁹

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.”*²⁰

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...”*.

38. En la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, ha señalado 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”*.²¹

39. La SCJN en la tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección,²² expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra *“el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles”*, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo esta como *“la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente.”*

40. De las evidencias que obran en el expediente que dio origen a la presente Recomendación, se acreditó que el 11 de noviembre de 2019, V fue referida por SP1

¹⁹ “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.

²⁰ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14.

²¹ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párr. 24.

²² *Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud.* Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530. CNDH. Recomendaciones 28/2021, párr. 36; 35/2020, párr. 37; 73/2018, párr. 26; 1/2018, párr. 21; 56/2017, párr. 46; 50/2017, párr. 26; 66/2016, párr. 32 y 14/2016, párr. 32.

del Hospital General de “La Raza” del IMSS, para el Servicio de Urgencias de la UMAE-HTO, debido a que presentaba pérdida de la continuidad de tercio medio de fémur derecho, siendo atendida por SP2, quien en la Nota de Ingreso del Servicio de Urgencias la diagnosticó con fractura diafisaria de fémur derecho, iniciando protocolo de estudio y toma de placa radiológica de miembro inferior derecho, confirmando SP3 fractura mediodiafisaria²³ de fémur derecho reciente y cerrada, con colocación de férula, indicando su ingreso hospitalario, proponiendo tratamiento quirúrgico reducción abierta con fijación interna con colocación de clavo medular en fémur derecho.

41. El 12 de noviembre de 2019 se le realizó a V la valoración de riesgo quirúrgico por parte del Servicio de Medicina Interna reportando los resultados de laboratorio, así como diagnósticos de diabetes mellitus 2, enfermedad renal crónica e hipertensión arterial sistémica, clasificando el riesgo quirúrgico con un ASA²⁴ IV, siendo el riesgo máximo V y con Goldman II²⁵ de un riesgo máximo de V, sin embargo, derivado de su padecimiento de enfermedad renal crónica en ese momento las sustancias de desecho renal se encontraban elevadas, por lo que SP4 indicó que se le practicara hemodiálisis previa a su intervención quirúrgica, siendo V trasladada hasta el día 24 del mes de noviembre de 2019 al HGR-72, por presentar problemas en un riñón, advirtiéndose del informe rendido por SP12 que al día siguiente ingresó al Área de Medicina Interna para ser tratada por SP13 quien refirió que V padecía enfermedad crónica renal y anemia, al mejorar sus condiciones generales, el 18 de diciembre de 2019, fue trasladada al UMAE-HTO.

42. V permaneció en la UMAE-HTO, del periodo comprendido del 18 al 24 de diciembre de 2019, siendo valorada por SP5 quien señaló como diagnóstico de ingreso hipertensión arterial sistémica controlada y diabetes mellitus compensada, reportando a la exploración física presencia de úlcera sacra por presión no infectada y la extremidad inferior derecha con edema²⁶ una + de tres posibles y sin compromiso neurovascular.

²³ Fractura localizada en el tercio medio del fémur.

²⁴ Es una evaluación preoperatoria del estado físico del paciente; por sí misma no es un predictor de riesgo quirúrgico. El riesgo perioperatorio es el resultado de la combinación de estado físico del paciente y la potencial agresión fisiológica que el procedimiento va a causar. La Sociedad Americana de Anestesia (ASA) recomienda la clasificación de riesgo anestésico de acuerdo con el estado físico del paciente, tomando en cuenta circunstancias que puedan afectar las decisiones sobre el riesgo operatorio y el manejo, a través de una escala que califica del 1 al 6 según el estado clínico.

²⁵ La clasificación de Goldman es un instrumento clínico útil para determinar el riesgo cardíaco en procedimientos quirúrgicos. Establece cuatro clases (I, II, III, IV) siendo el mayor la clase IV.

²⁶ Hinchazón causada por la acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo. Suele ocurrir en los pies, los tobillos y las piernas, pero puede afectar todo el cuerpo.

43. El 19 de diciembre SP6 de Medicina Interna realizó a V una valoración de riesgo quirúrgico reportando en ese momento, entre otras cosas, niveles de hemoglobina de 7.5 g/dl, plaquetas de 85 mil y tiempos de coagulación con TP de 12.6, TPT de 31.4 e INR de 1.1 sin contar con electrocardiograma por lo que indicó se le llevara a cabo y una vez que se contara con éste, se solicitaría nueva interconsulta de valoración, lo cual no sucedió, quedando pendiente establecer el riesgo quirúrgico con el que contaría la agraviada previo a su cirugía del 22 de diciembre de 2019.

44. Al respecto, el especialista de este Organismo Nacional estableció que no existe en el expediente clínico evidencia de una nueva valoración para establecer el riesgo quirúrgico de V previo a la cirugía de fémur, pero debido a que los niveles de hemoglobina que presentaba, consistentes de 7.5 g/dl, lo cual indicaba que estaba cursando con anemia, por lo que ese mismo día le transfundió un paquete concentrado eritrocitario para su tratamiento.

45. Igualmente el médico especialista señaló que no se advirtió en el expediente clínico de V, notas de evolución del 20 de diciembre de 2019, sin embargo, si hay un reporte de laboratorio en el que se estableció que V presentaba hemoglobina de 12.1g/dl derivado del concentrado eritrocitario administrado un día previo mejorando el problema anémico, no obstante, las plaquetas continuaban bajas toda vez que el valor que presentaba era de 85,000, siendo lo normal 150,000 a 500,000, valores con los que se podía considerar que V, en ese momento, ya estaba cursando una trombocitopenia.²⁷

46. En ese sentido, el especialista de este Organismo Nacional mencionó que es importante contar con el número adecuado de plaquetas ya que estas células sanguíneas también llamadas trombocitos intervienen en la coagulación de la sangre, agrupándose y formando tapones en las lesiones de los vasos sanguíneos para detener el sangrado, por lo que un déficit en las células incrementa el riesgo de producirse lesiones de sangrado o hemorragia.

47. El 21 de diciembre de 2019 V fue valorada por SP7, quien la reportó somnolienta en sueño fisiológico respondiendo a estímulos verbales y con leucocitos de 10,600 y plaquetas nuevamente de 85,000, y sin contar aún con electrocardiograma, además de reportar haberle transfundido 2 paquetes globulares y requerir de valoración por el servicio de Cirugía Plástica para el manejo de la úlcera sacra que presentaba e iniciar esquema de antibiótico, reiterando que se continuaba en espera de valoración

²⁷ Afección en la que el organismo cuenta con pocas plaquetas (valor menor de 100,000), cuando sus niveles de plaquetas son más bajos de lo normal, la sangre no puede coagularse como debería, lo que hace que tenga un mayor riesgo de sangrado excesivo. Cuanto más bajo sea su nivel de plaquetas, mayor será su riesgo de sangrado.

por medicina interna una vez que se contara con el electrocardiograma para poder otorgar tiempo quirúrgico y que se solicitaran concentrados plaquetarios para preparar cirugía.

48. No obstante lo señalado anteriormente, y a pesar de no contar con una nueva valoración por parte de Medicina Interna para establecer el riesgo quirúrgico de V, AR1 elaboró la solicitud y registro de la intervención quirúrgica para el 22 de diciembre de 2019 reportando en dicho requerimiento el resultado de los estudios de laboratorio con Leucocitos de 10.6, hemoglobina de 12.1 g/dl, hematocrito de 35.4% y plaquetas de 85,000 (normal 150,000-500,000), y tiempo de Protrombina (TP) de 12.6 (normal 9-13.6), solicitud en la cual se continuaba reportando una trombocitopenia con 85,000 plaquetas, independientemente de que los demás resultados se encontraban dentro de los rangos normales, cirugía que se programó para la fecha señalada, bajo el diagnóstico preoperatorio de Fractura Mediodiafisaria de fémur derecho, no reciente y cerrada AO 3211b por medio de la operación de reducción cerrada externa²⁸ con colocación de fijadores externos²⁹ a fémur derecho.

49. El 22 de diciembre de 2019 a las 06:31 horas se le transfundió a V un concentrado eritrocitario, existiendo un reporte de laboratorio del mismo día a las 08:22 horas en el que se reportaban Hemoglobina de 9.9 g/dl, Hematocrito de 29.6 %, plaquetas de 98.0 (150.0-500.0), leucocitos de 6.2, sin el control de tiempos de coagulación como lo era Tiempo de Protrombina³⁰ (TP) y tiempo de Tromboplastina Parcial Activada³¹ (TTPA).

50. El 22 de diciembre de 2019 V fue intervenida quirúrgicamente por AR1, quien había señalado que practicaría una “*Reducción cerrada fijación externa bajo principio biomecánico de sostén con colocación de fijadores externos de fémur derecho*”, sin embargo, terminó realizando una Reducción abierta³² fijación interna bajo principio biomecánico de sostén con colocación de placa LCP³³ para fémur y colocación de cerclaje, sin haber reportado la razón del cambio de técnica quirúrgica, reportando en los hallazgos quirúrgicos abundante tejido fibroso y que al seccionar el musculo vasto para exponer al fémur, encontró múltiples vasos los cuales cauterizó con

²⁸ Consiste en colocar el hueso sin hacer ninguna incisión en la piel.

²⁹ Armazón metálica que se utiliza para fijar los huesos en su sitio. Dispone de unos tornillos que atraviesan la piel y llegan hasta el hueso. El fijador externo que se usa para alargar las extremidades, dispone de unas barras o tubos que se giran para alargar y realinear lentamente el hueso.

³⁰ Examen de sangre que mide el tiempo que tarda la porción líquida de la sangre (plasma) en coagularse.

³¹ Prueba para evaluar el tiempo que tarda la sangre en coagularse.

³² Procedimiento quirúrgico que implica cortar a través de la piel para realinear los huesos.

³³ Tipo de fijación extramedular para el manejo de fracturas. Diseño especial que le permite al cirujano su uso como placa convencional o como fijador interno.

electrocauterio, muy probablemente tratándose de arterias perforantes³⁴, además de reportar sangrado de 1000cc durante la cirugía, agregó como incidentes que la agraviada se encontró hemodinámicamente inestable por lo que requería vigilancia estrecha en área de choque o incluso valorar la necesidad de Unidad de Cuidados Intensivos y un estado postquirúrgico inmediato ya con manejo avanzado de la vía aérea y aminas³⁵, lo cual se advierte de la nota posoperatoria realizada por SP8 el 22 de diciembre de 2019.

51. Asimismo, en la nota de anestesiología del 22 de diciembre de 2019 de las 18:30 horas elaborada por SP9, reportó que posterior al inicio de la cirugía V presentó bradicardia³⁶ de 46 latidos por minuto y posterior al sangrado de aproximadamente 1000 ml V presentó hipotensión³⁷ importante con una tensión arterial de 70/30 mmHg, y de 60/35 mmHg, así como deterioro neurológico, más respiración irregular por lo que la asistió con ventilación con mascarilla, realizando intubación orotraqueal³⁸ para su conexión a ventilador mecánico, además de solicitar al servicio de cirugía general la colocación de un catéter central para manejo de soluciones.

52. En la nota de ingreso al área de reanimación del 22 de diciembre de 2019 a las 23.30 horas se reportó a V con apoyo ventilatorio mecánico con cánula orotraqueal, con una gasometría con un ph de 7.25 PCO2 de 37 y PO2:104 con presencia de drenovac³⁹ en miembro pélvico derecho con gasto hemático de 300ml e integrando los diagnósticos de ingreso en Choque Hipovolémico Hemorrágico Grado IV⁴⁰, posoperada de RAFI⁴¹ fractura diafisaria fémur derecho, enfermedad renal crónica KDIGO G5, diabetes mellitus tipo 2 en control, y que se trataba de paciente que había cursado con choque hipovolémico en el transoperatorio ameritando hemotransfusión

³⁴ Ramas de la arteria femoral profunda que perforan la inserción del músculo aductor mayor para llegar a la porción dorsal del muslo.

³⁵ tienen como meta principal mejorar la hemodinamia, es decir, la perfusión, llenado capilar, gasto urinario y en general el patrón hemodinámico

³⁶ Frecuencia cardíaca más lenta de lo normal. El corazón de los adultos en reposo suele latir entre 60 y 100 veces por minuto. Si se presenta bradicardia, el corazón late menos de 60 veces por minuto.

³⁷ Presión excesivamente baja de la sangre sobre la pared de las arterias.

³⁸ Procedimiento médico en el cual se coloca una sonda en la tráquea a través de la boca o la nariz.

³⁹ Sistema es utilizado para el drenaje post quirúrgico de heridas, mediante alta presión negativa. El uso de drenaje post quirúrgico por medio de succión elimina la necesidad de vendaje de compresión voluminoso y de estar sujetos a posición incomoda durante el periodo postoperatorio.

⁴⁰ Afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o de otro líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de choque puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar.

⁴¹ La reducción abierta y fijación interna (RAFI) es un tipo de tratamiento para reparar un hueso roto. Une las partes de un hueso roto para que puedan sanar.

y manejo avanzado de la vía aérea, agregándose acidosis metabólica, ya sin sangrado activo en ese momento.

53. El 23 de diciembre de 2019 a las 09:00 horas SP10 nuevamente reporto a V con diagnóstico de Choque Hipovolémico Grado IV, desequilibrio ácido base (acidosis metabólica⁴²), diabetes tipo 2, tratamiento de hipertensión arterial sistémica, nefropatía en estudio, hidronefrosis en estudio a descartar enfermedad renal crónica agudizada, estado neurológico con ausencia de reflejos de tallo, hemodinámicamente inestable, gasométricamente con acidosis metabólica descompensada, clínicamente con datos francos de hipoperfusión tisular secundario a estado de choque hipovolémico hemorrágico, además perpetuado con coagulopatía por consumo⁴³ y hemodilución⁴⁴, reportándola muy grave y pronóstico malo para la vida.

54. Ese mismo día, V presentó paro cardíaco, sin que se lograra retorno de la circulación espontánea, por lo que a las 17:40 horas del día 23 de diciembre de 2019 SP11 declaró hora de su fallecimiento con los diagnósticos de choque cardiogénico⁴⁵ de 12 horas, paro cardíaco 20 minutos, enfermedad renal crónica de 2 años, diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial sistémica.

55. Relacionado con lo anterior el IMSS, señaló en el resumen de fecha 21 de enero de 2020, que V fue intervenida quirúrgicamente el 22 de diciembre de 2019 con un Riesgo ASA IV (de V posibles), GOLDMAN II (de V posibles), lo cual, de acuerdo el especialista de esta CNDH es erróneo, toda vez que dicha valoración corresponde a la realizada en fecha 12 de noviembre de 2019, durante el segundo día en que V estuvo internada por primera vez en la UMAE-HTO, documento que fue suscrito por SP4, ocasión en la que sí se contaba con todos los elementos clínicos para su elaboración, sin que esa valoración de riesgo quirúrgico pudiera ser considerada para realizar la cirugía cuarenta días después, como lo fue, ya que los estudios de laboratorio y gabinete reportados en fecha 12 de noviembre tenían que haberse actualizado, incurriendo AR1 en imprudencia por haber precipitado la cirugía a V sin contar con la valoración actualizada del riesgo quirúrgico.

56. Asimismo, el especialista de esta Comisión Nacional determinó que AR1 además incurrió en negligencia por omisión ya que necesariamente debió solicitar

⁴² Afección en la que se acumula demasiado ácido en el cuerpo.

⁴³ Consiste en la generación excesiva y anormal de trombina y fibrina en la sangre circulante.

⁴⁴ Técnica sencilla y eficaz para reducir la necesidad de transfusión de sangre.

⁴⁵ Afección mortal en la que el corazón repentinamente no puede bombear sangre suficiente para satisfacer las necesidades del organismo.

concentrados plaquetarios previos a la cirugía tal y como lo sugirió SP4 ya que era evidente que V estaba cursando una trombocitopenia, es decir plaquetas menores a 100,000, acción con la que pudo evitar al máximo la presencia de complicaciones de sangrado, ya que en el caso que se estudia V tuvo sangrado o hemorragia de 1000 ml durante la cirugía, la cual continuo posterior a la intervención, lo que se advierte en la nota de ingreso al área de reanimación de fecha 22 de diciembre de 2019 a las 23:30 horas, elaborada por la Subdirección Médica de la UMAE-HTO en la que se reportó que el drenovac en miembro pélvico derecho se encontraba con un gasto hemático de 300 ml.

57. Lo anterior, de acuerdo a lo establecido por la Guía de Referencia Rápida “Diagnóstico y Tratamiento de Trombocitopenia Inmune Primaria” en la cual se define a la trombocitopenia como una afección en la que el organismo cuenta con pocas plaquetas llamadas también trombocitos, y que estas células sanguíneas intervienen en la coagulación de la sangre, por medio de un mecanismo en el que las plaquetas se agrupan y forman tapones en las lesiones de los vasos sanguíneos para detener el sangrado por lo que las complicaciones cuando la trombocitopenia es leve puede provocar pocos signos o síntomas, tales como lesiones hemorrágicas ejemplo de ello son las petequias⁴⁶, equimosis y/o hematomas; sin embargo, cuando el número de plaquetas llega a ser tan bajo puede producir un peligroso sangrado interno.

58. De igual forma, en la nota del área de Reanimación elaborada por la Subdirección medica de la UMAEHTO el 22 de diciembre de 2019 a las 23:30 horas, se estableció como uno de los diagnósticos de ingreso el de Choque Hipovolémico Hemorrágico⁴⁷ Grado IV, en tanto que en la nota del día 23 de diciembre de 2019 a las 09:00 horas SP10 reportó nuevamente a V con Choque Hipovolémico Grado IV, y Desequilibrio Acido base (acidosis metabólica⁴⁸), entre otros, y clínicamente con datos francos de hipoperfusión tisular secundario a estado de choque hipovolémico hemorrágico, perpetuado por coagulopatía por consumo y hemodilución, esto debido al sangrado de 1000 ml que presentó, reportándola muy grave en ese momento y que a pesar del tratamiento a base de hemotransfusiones principalmente, V cayó en paro cardiaco, declarando su fallecimiento a las 17:40 horas del día 23 de diciembre de 2019.

59. Por lo anterior, el especialista de esta Comisión Nacional determinó que AR1 incurrió en negligencia por no indicar la trasfusión de concentrados plaquetarios para

⁴⁶ Manchas redondas pequeñas que aparecen en la piel como consecuencia del sangrado. El color rojo, marrón o púrpura de las petequias se debe al sangrado. Aparecen con frecuencia en racimos y pueden parecerse a una erupción cutánea. Generalmente, son planas al tacto y no pierden el color al presionarlas.

⁴⁷ Afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o de otro líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de shock puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar.

⁴⁸ Afección en la que se acumula demasiado ácido en el cuerpo.

la corrección de la trombocitopenia que presentaba la agraviada previo a la cirugía del 22 de diciembre de 2019, aunado a que incurrió en imprudencia por realizar precipitadamente el procedimiento quirúrgico por medio de reducción abierta y fijación interna cerrada con colocación de placa LCP y cerclaje de fémur, sin contar con la valoración de riesgo y no preparar a V para evitar posibles complicaciones de hemorragia, transgrediendo en su contra su derecho a la protección de la salud, previsto en los artículos 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”); así como lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

60. Así, del análisis a las notas médicas en cita y las consideraciones expuestas, el especialista de este Organismo Nacional advirtió las omisiones y negligencia cometidas por AR1 con las cuales se vulneró 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

61. Ahora bien, al delimitarse las responsabilidades derivadas de la negligencia médica, descrita en los párrafos que anteceden, ésta mermó el acceso a una atención médica adecuada para el tratamiento que V requería, lo que causó el deterioro de sus condiciones de salud, trayendo como desenlace su posterior fallecimiento.

62. Esta Comisión Nacional reconoce que, los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), dentro de los cuales se encuentra el derecho a la protección de la salud, tienen una interdependencia e interrelación con los derechos individuales, como el fundamental derecho a la vida⁴⁹, así mismo, funcionan como “puente” de los derechos individuales, con el mismo nivel de justiciabilidad. Por tanto, el

⁴⁹ La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado reiteradamente que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos; precisamente por su carácter fundamental, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124

incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados puede generar también vulneraciones a los derechos individuales; tal es el caso de lo ocurrido al derecho humano a la vida de V.

63. 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, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y el artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en su segundo párrafo dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

64. En tanto que 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 las medidas razonables y necesarias ... tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado...”*⁵⁰

65. En concordancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; entre los cuales destacan: la “Declaración de Ginebra” (1948), el “Código Internacional de Ética Médica” (1949), y la “Declaración de Lisboa” (1981), adoptados por la Asociación Médica Mundial, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes.

66. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por parte del personal adscrito a la UMAE-HTO del IMSS, también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

⁵⁰ SCJN. Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado. Registro 163169. Tesis P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, enero de 2011, pág.24.

67. La atención médica brindada a V por parte de AR1 fue negligente por no indicar, previo a la cirugía del 22 de diciembre de 2019, la trasfusión de concentrados plaquetarios para la corrección de la trombocitopenia que prestaba, además de incurrir en imprudencia al precipitarse y realizar la intervención quirúrgica por medio de reducción abierta y fijación interna cerrada con colocación de placa LCP y colocación de cerclaje de fémur, sin contar con la valoración de riesgo quirúrgico correspondiente, con lo cual se pudo evitar las complicaciones de hemorragia durante la cirugía que finalmente presentó, omisiones que trajeron como consecuencia el deterioro del estado de salud de V, contribuyendo junto con las comorbilidades que presentada como la enfermedad renal crónica en estadio IV en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, con su fallecimiento, vulnerando con ello su derecho humano a la vida.

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

68. 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.

69. 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.⁵¹

70. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, previene que, en materia de salud el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”*⁵²

71. 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*

⁵¹ CNDH. Recomendaciones 19/2022, párr. 70; 13/2022, párr. 86; 1/2021, párr. 81; 52/2020, párr. 71; 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 párr. 116.

⁵² 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.

realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.”⁵³

72. Por otra parte, se debe considerar que, la NOM-Del Expediente Clínico 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.”

73. 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.⁵⁴

74. 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 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.⁵⁵

75. La CNDH 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 Clínico, en la que se describe la

⁵³ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 27.

⁵⁴ CNDH, Recomendaciones 1/2021, párr. 85; 52/2020, párr. 75; 45/2020, párr. 92; 35/2020, párr. 115; 23/2020, párr. 95.

⁵⁵ CNDH, 1/2021, párr. 86; 52/2020, párr. 76; 45/2020, párr. 93; 35/2020, párr. 116; 23/2020, párr. 96; 26/2019, párr. 34; 21/2019, párr. 68.

obligación de las y 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 la Recomendación General 29, así como en diversas Recomendaciones, entre otras, 1/2021, 52/2020, 45/2020, 44/2020, 43/2020, 42/2020, 35/2020, 23/2020, 16/2020, 26/2019 y 33/2019.

76. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió que en el expediente clínico de V, que se integró en la UMAE-HTO en el periodo comprendido entre el 11 y 24 de noviembre de 2019 no se encontraron notas médicas de los días 16, 17, 19, 20, 23 de noviembre de 2019 ni la nota de egreso hospitalario del 24 de noviembre de 2019.

77. También advirtió que no existen notas de evolución los días 30 de noviembre, 1, 2 y 3 de noviembre de 2019 así como la nota de egreso hospitalario del 18 de diciembre de 2019, mientras V fue atendida en el HGR-72, vulnerando ambos nosocomios el numeral 5.1, de la Norma Oficial, que establece que los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico, los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte de personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

78. La idónea integración del expediente clínico de V es un deber a cargo de las y los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos del paciente, 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 responsable está obligada, debe tomar medidas para que la Norma Oficial Mexicana se cumpla en sus términos.⁵⁶

E. Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas.

79. Tal como ha quedado acreditado en la presente Recomendación la responsabilidad de AR1 se debió a que no ordenó o realizó, previo a la cirugía del 22 de diciembre de 2019, la transfusión de concentrados plaquetarios para la corrección de la trombocitopenia que prestaba V.

⁵⁶ CNDH, Recomendaciones 1/2021, párr. 89; 52/2020, párr. 80; 23/2020, párr. 100; 16/2020, párr. 73; 26/2019, párr. 72; 21/2019, párr. 73; 12/2016, párr. 74.

80. Además, de incurrir en imprudencia por haberse precipitado en intervenir a V quirúrgicamente por medio de reducción abierta y fijación interna cerrada con colocación de placa LCP y colocación de cerclaje de fémur, sin realizar previamente la valoración de riesgo quirúrgico.

81. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1, 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 en el caso de V no aconteció.

82. Por lo que hace a las irregularidades detectadas en el expediente clínico de V, en la UMAE-HTO y en el HGR-72 que repercute en la integración apropiada del expediente clínico, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en la NOM-Del Expediente Clínico, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

83. 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, en cuya investigación se tomen en cuenta las evidencias y argumentación referidas en la presente Recomendación.

F. Reparación integral del daño.

84. 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, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 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.

85. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, II, III, VI y VIII, 26, 27, 64, 67, 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, se deberá inscribir a QV en el Registro Nacional de Atención a Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la citada ley; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la referida Comisión Ejecutiva.

86. 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”*, 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 las y los responsables.

87. Asimismo, el Instituto Mexicano del Seguro Social, deberá solicitar a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas la asesoría técnica-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de QV, para que dicho Instituto realice el pago por concepto de las violaciones a derechos humanos que fue objeto por parte del personal del IMSS, de conformidad con los artículos 81 y 89 de la Ley General de Víctimas.

a) Medidas de Rehabilitación

88. 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 del instrumento antes referido, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

89. 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 psicológica y tanatológica que requieran, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado, atendiendo a sus necesidades específicas.

90. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, 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, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de compensación

91. Las medidas de compensación dispuestas por 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 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”.*⁵⁷

92. 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.

93. 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 la mala práctica médica que sufrió 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

94. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de la víctima; 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.

95. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al IMSS colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la queja administrativa que este Organismo Nacional presente en el Órgano Interno de Control en ese Instituto, y la denuncia penal que se presente ante la Fiscalía General de la República en contra de la persona servidora pública responsable referida en la presente Recomendación.

⁵⁷ Caso Bulacio Vs. Argentina, *Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Párrafo 90.

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

d) Medidas de no repetición

97. Las medidas de no repetición se encuentran descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, y consisten en implementar las acciones preventivas necesarias para que los hechos violatorios de Derechos Humanos no vuelvan a ocurrir.

98. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el plazo de tres meses después 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 de la salud, así como la debida observancia y contenido de la Guía de Referencia Rápida “Diagnóstico y Tratamiento de Trombocitopenia Inmune Primaria” en especial a AR1, así como de la NOM-Del Expediente Clínico, a todo el personal médico y administrativo de la UMAE-HTO y del HGR-72, 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, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto quinto recomendatorio.

99. Asimismo, en el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de la UMAE-HTO y del HGR-72 que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, para garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como para la debida integración del expediente clínico de conformidad con la NOM-Del Expediente Clínico; hecho lo anterior, se supervise durante un periodo de seis meses el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten, con el objeto de garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales, y remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento del punto sexto.

100. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se permite formular respetuosamente a usted, 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 psicológica y tanatológica que requiera QV, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado, atendiendo a sus necesidades específicas. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento, hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colaborar ampliamente en el trámite y seguimiento de la queja que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, en el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, 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. Colaborar ampliamente en el trámite y seguimiento de la denuncia penal que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, en la Fiscalía General de la República, 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.

QUINTA. 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 de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la Guía de Referencia Rápida “Diagnóstico y Tratamiento de Trombocitopenia Inmune Primaria” a todo el personal médico y en particular a AR1, así como de la NOM- Del Expediente Clínico a todo el personal médico de la UMAE-HTO y del HGR-72 ambos en el Estado de México, 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.

SEXTA. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de la UMAE-HTO en el Estado de México, que contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos e integración del expediente clínico, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se supervise durante un periodo de seis meses, el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten, con objeto de garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento.

SÉPTIMA. 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.

101. 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.

102. 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.

103. 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.

104. 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