

RECOMENDACIÓN No. 100/2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACION AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD POR LA OMISIÓN DE CUIDADO DE V PERSONA ADULTA MAYOR, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1 “DR. ALFONSO MEJÍA SCHROEDER” EN PACHUCA, HIDALGO; ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD POR PERSONAL DE ESE NOSOCOMIO Y DEL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA, ORTOPEDIA Y REHABILITACIÓN “DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVÁEZ” EN MAGDALENA DE LAS SALINAS, AMBOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 19 de mayo 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 lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º primer párrafo, 6º fracciones I, II y III, 15 fracción VII, 24, fracciones II, y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128 al 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2017/8403/Q**, relacionado con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, 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 y último párrafo 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 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 son los siguientes:

Denominación	Clave
Víctima	V
Quejoso y Víctima Indirecta	QVI
Autoridad Responsable	AR

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones, ordenamientos y Normas Oficiales Mexicanas se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

Denominaciones	Acrónimos
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional/Organismo Nacional/CNDH

Denominaciones	Acrónimos
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 “ <i>Dr. Alfonso Mejía Schroeder</i> ” del Instituto Mexicano del Seguro Social en Pachuca, Hidalgo	HGZMF-1
Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “ <i>Dr. Victorio de la Fuente Narváez</i> ” en Magdalena de las Salinas, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de México	UMAЕ
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Manual del Sistema de VENCER II, Sistema de vigilancia de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas, del Instituto Mexicano del Seguro Social	Manual del Sistema de Vigilancia

I. HECHOS

5. El 16 de octubre de 2017, esta Comisión Nacional recibió la queja de QVI, en la que narró que el día 10 de julio de ese año V (persona de 70 años, con padecimiento de insuficiencia renal crónica) ingresó al HGZMF-1 en donde el personal médico le informó la necesidad de realizarle una diálisis peritoneal, razón por la cual permaneció hospitalizado.

6. A las 08:30 horas del 18 de julio de 2017, P1 acudió a visita al HGZMF-1, percatándose que V se encontraba en mal estado y con presencia de vómito, manifestándole éste que la noche anterior se cayó de la cama y se pegó en la cabeza al tratar de levantarse para ir al baño, ya que le había solicitado en repetidas ocasiones a la enfermera en turno le pasara el “*pato*”, haciendo ésta caso omiso.

7. Lo anterior le fue informado al personal médico del HGZMF-1, quien solicitó se practicara una tomografía, misma que reportó datos de hematoma subdural, motivo por

el que fue trasladado al UMAE para ser valorado por el Servicio de Neurología, determinándose se le realizara el 21 de julio de 2017, craneotomía descompresiva - drenaje de hematoma subdural -, posteriormente fue dado de alta por mejoría en su estado de salud.

8. El 1 de agosto de 2017, V presentó disartria -dificultad para articular sonidos y palabras- y falta de apetito, motivo por el que el 3 de ese mes y año sus familiares lo llevaron al HGZMF-1, se le realizó tomografía de cráneo simple, y con los resultados se determinó trasladarlo de nueva cuenta a la UMAE, en donde al día siguiente se ordenó practicarle drenaje de hematoma subdural izquierdo por trépanos, y se dio de alta de ese hospital el 8 de agosto de 2017 para ser retornado al HGZMF-1 en donde continuaría con su tratamiento y la diálisis.

9. El estado de salud de V se deterioró y el 11 de septiembre de 2017 falleció, determinándose como causas de su muerte: choque séptico (7 días), peritonitis bacteriana asociada a diálisis peritoneal (14 días), insuficiencia renal crónica en fase terminal (1 año); contribuyendo a la muerte: secuelas de drenaje de hematoma subdural (3 meses) y diabetes mellitus tipo 2 (20 años).

10. Por lo anterior, QVI consideró que la caída que sufrió V fue por la falta de cuidados por parte del personal de enfermería HGZMF-1, lo que le ocasionó un deterioro en su salud que finalmente lo llevó a la muerte; en razón de ello, este Organismo Nacional inició el expediente de queja CNDH/1/2017/8403/Q, por lo que para la investigación de los hechos y la documentación de las posibles violaciones a derechos humanos, se solicitó información al IMSS, entre ella la copia del expediente clínico de V, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

11. Oficio 04946 de 5 de octubre de 2017, signado por el Visitador General de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, a través del cual remitió lo siguiente:

11.1. Escrito de queja recibido por la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo el 26 de septiembre de 2017, en el cual QVI narró que V sufrió una caída por la omisión de cuidados del personal de enfermería del HGZMF-1, lo que afectó su estado de salud y anexó lo siguiente:

11.1.1. Certificado de defunción emitido por la Secretaría de Salud, del que se desprende como fecha y hora del fallecimiento de V, las 05:20 horas del 11 de septiembre de 2017, además de señalar como causas de la defunción choque séptico con intervalo de aproximación de 7 días, peritonitis bacteriana asociada a diálisis peritoneal con intervalo de aproximación de 14 días, insuficiencia renal crónica en fase terminal con intervalo de aproximación de 1 año, secuelas de drenaje de hematoma subdural con intervalo de aproximación de 3 meses y diabetes mellitus tipo 2 con intervalo de aproximación de 20 años.

12. Oficio 095217614BB1/3371 de 26 de diciembre de 2017, suscrito por la Jefa del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS, por medio del cual envió lo siguiente:

12.1. Informe rendido por AR1 el 21 de diciembre de 2017, en el cual detalló lo sucedido con V el 17 de junio de 2017 cuando estuvo bajo su cuidado.

13. Oficio 095217614BB0/0078 de 9 de enero de 2018, a través del cual anexó el expediente clínico de V integrado por la atención médica que se le brindó en el HGZMF-1, del que destacó lo siguiente:

13.1. Hoja de referencia-contrareferencia de 10 de julio de 2017, a través de la cual la Unidad de Medicina Familiar No. 16 del IMSS envió a V al HGZMF-1, con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, señalando que el motivo era para dar tratamiento especializado.

13.2. Nota de urgencia turno nocturno de las 22:35 horas del 10 de julio de 2017, en la cual se estableció el ingreso de V al HGZMF-1, con diagnóstico de anemia

grado III OMS¹, ERC² estadio G5 sin tratamiento sustitutivo, síndrome urémico³, DM2⁴ control, HAS⁵ descontrol.

13.3. Hoja de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería del 16 al 18 de julio de 2017, en las que se señaló que V no tuvo incidencia de caída y que su familiar refirió haber sufrido caída en turno nocturno.

13.4. Informe médico de las 14:00 horas del 18 de julio de 2017, a través del cual la Jefatura de Medicina Interna señaló que el personal médico informó que durante el turno nocturno V sufrió una caída, sin reporte por parte de enfermería.

13.5. Nota de alta provisional Servicio de Nefrología del 20 de julio de 2017, en la que se señaló que V sería trasladado al Hospital “La Raza” (sic) para valoración y tratamiento quirúrgico por parte de neurocirugía.

13.6. Nota de prealta hospitalaria servicio de nefrología de 26 de julio de 2017, en la que se señala que el motivo del egreso es por mejoría, firmando el 29 de ese mes y año QVI que recibió a V con buen estado.

13.7. Nota de riesgo quirúrgico por medicina interna TN (turno nocturno) de 3 de agosto de 2017, en la que se estableció Goldman III⁶, y se señaló que con el deterioro neurológico de V y con los datos tomográficos de desplazamiento de la línea media se indicó procedimiento quirúrgico.

14. Oficio 095217614BB1/490 de 2 de marzo de 2018, a través del cual la Jefa de Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS, envió el expediente clínico integrado por la atención brindada a V en el UMAE, del cual destacó lo siguiente:

¹ Organización Mundial de la Salud.

² Enfermedad Renal Crónica.

³ Es la manifestación del deterioro funcional de múltiples sistemas orgánicos secundario a la disfunción renal.

⁴ Diabetes mellitus tipo 2.

⁵ Hipertensión Arterial Sistémica.

⁶ La clasificación de Goldman establece categorías de apreciación de los pacientes que serán sometidos a procesos quirúrgicos, estableciendo nueve categorías de riesgos cardíacos a padecer. Categoría III.- En dicha categoría se incluyen las personas, cuyo antecedente clínico han padecido un evento cardíaco del miocardio.

14.1. Nota médica de 18 de julio de 2017, en la cual un médico especialista en nefrología, señaló que al revisar a V, le refirió que el día anterior sufrió una caída desde su propio plano de sustanciación, golpeándose en región frontal, estableciendo como diagnóstico trauma craneoencefálico y enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal, solicitando TAC de cráneo simple.

14.2. Tomografía computada de cráneo fase simple de 18 de julio de 2017, realizada a V en la que se concluyó que presentó hematoma subdural derecho temporo parietal bilateral, hemorragia intraparenquimatosas⁷ con contaminación hemática subaracnoidea.

14.3. Nota de evolución de neurología de las 09:00 horas del 19 de julio de 2017, en la cual se estableció que el hematoma subdural bilateral y parequimatoso condicionaba efecto de masa con desplazamiento de estructuras y colapso parcial del ventrículo lateral e indicó valorar el drenaje quirúrgico, señalando que por el momento no había servicio de neurocirugía.

14.4. Notas médicas y prescripciones de 20 de julio de 2017, en la que se estableció que V ingresó, entre otros, con diagnóstico de hematoma subdurales agudos laminares bilaterales, contusión parietal derecha con efecto de masa, se solicitó laboratoriales y tomografía de cráneo.

14.5. Nota preoperatoria neurocirugía de las 21:50 horas del 20 de julio de 2017, en la que personal médico solicitó revaloración de V por medicina interna para riesgo quirúrgico.

14.6. Nota de valoración prequirúrgica medicina interna de las 23:55 horas del 20 de julio de 2017, en la cual se señaló riesgo quirúrgico alto para V por el tipo de cirugía.

⁷ Ruptura de vasos sanguíneos intracerebrales.

14.7. Nota de valoración preanestésica de 21 de julio de 2017, en la cual se estableció como plan para V, anestesia general balanceada.

14.8. Hoja de registro de anestesia y recuperación de 21 de julio de 2017, mencionando que se realizó craneotomía de drenaje de hematoma bajo anestesia general balanceada.

14.9. Hoja de solicitud y registro de intervención quirúrgica de 21 de julio de 2017, en la que se señaló que la operación realizada a V fue craneotomía y drenaje de hematoma subdural.

14.10. Nota de traslado de V de fecha 25 de julio de 2017 de la UMAE al HGZMF-1.

14.11. Tomografía computada de cráneo fase simple de 2 de agosto de 2017, realizada a V con conclusión de cambio post quirúrgicos, colección subdural en fase subaguda bilateral, que aumentó del lado izquierdo, provocando compresión ventricular y desplazamiento de la línea media hacia la derecha, edema cerebral.

14.12. Nota de evolución médica urgencias T (turno) matutino de las 10:00 horas del 3 de agosto de 2017, en la cual se comentó que se solicitó apoyo a tercer nivel para tratamiento quirúrgico para servicio de neurocirugía para V.

14.13. Notas médicas y prescripciones de las 20:47 horas del 3 de agosto de 2017, realizada por personal de UMAE, en la que se indicó preparar a V para quirófano.

14.14. Hoja de registro de anestesia y recuperación de 4 de agosto de 2017, emitida por UMAE, en la que se señaló como propuesta realizar a V drenaje de hematoma.

14.15. Hoja de solicitud y registro de intervención quirúrgica de 4 de agosto de 2017, realizada por personal médico de UMAE, en la que señalaron que la operación realizada a V fue drenaje de hematoma por trépanos⁸.

14.16. Nota de medicina interna valoración de las 12:50 horas del 7 de agosto de 2017, emitida por UMAE, señalando que el hematoma subdural fue resuelto en el 90% con contusiones en resolución.

14.17. Hoja de alta hospitalaria de 8 de agosto de 2017, en la que se estableció el egreso de V.

14.18. Nota de traslado a su hospital general de zona-contrarreferencia de las 13:00 horas del 8 de agosto de 2018, en la que se señaló el regreso de V al HGZFM-1 para continuar con manejo de insuficiencia renal.

14.19. Hoja de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermera, de 11 de septiembre de 2017, en la que se estableció la defunción de V a las 05:20 horas.

15. Oficio 095217614C21/1872 de 22 de agosto de 2018, por medio del cual la Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS envió lo siguiente:

15.1. Acuerdo de 6 de junio de 2018 emitido por el H. Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente, en el que resolvió la Queja 1 como procedente desde el punto de vista de enfermería, y dar vista al Órgano Interno de Control en el IMSS.

15.2. Oficio 095217614C20/1378 de 6 de agosto de 2018, en el cual el Titular de la Coordinación de Atención a Quejas e Información Pública dio vista al Órgano

⁸ Hematomas subdurales crónicos el drenaje se hace por medio de trépanos a través de los cuales se evacua la colección hemática, la cual ya es líquida.

Interno de Control en el IMSS del acuerdo resolutorio de la Queja 1 emitido por el H. Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente.

16. Opinión Médica de fecha 10 de mayo de 2019, elaborada por personal adscrito a esta Comisión Nacional, de la que se desprende del capítulo de conclusiones *“PRIMERA: La atención médica brindada a quien en vida llevara el nombre de (V) en el (HGZMF-1)...; fue INADECUADA..., SEGUNDA: Como consecuencia del incidente (caída) ocurrido el 18 de julio de 2017 en el (HGZMF-1)... el paciente... fue trasladado al (UMAE) ... donde... le fueron realizadas dos cirugías descompresivas de cráneo..., TERCERA: El personal médico del (HGZMF-1) y del (UMAE)... incumplió con la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico”.*

17. Acta circunstanciada de fecha 6 de febrero de 2020, en la cual este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica con personal de la Coordinación de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS, en la que señaló que de acuerdo con la determinación emitida por el H. Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente, la Queja1 solo fue procedente desde el punto de vista de enfermería.

18. Acta circunstanciada de fecha 18 de septiembre de 2020, en la que se hizo constar la llamada telefónica con personal del IMSS en la que se reiteró que de acuerdo con la determinación emitida por el H. Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente, se dio vista correspondiente al Órgano Interno de Control en ese Instituto, sin que fuera procedente la queja desde el punto de vista médico.

19. Correo electrónico del 25 de abril de 2022, mediante el cual el Jefe de Grupo del Área de Auditoría Interna de Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, de Quejas, Denuncia e Investigaciones del Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social Región 11, envió el oficio 00641/30.102/Q/2257/2022- HGO, a través del cual el Titular del área señalada anteriormente, informó a esta Comisión Nacional que en cumplimiento del acuerdo resolutorio de la Queja 1 emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS inició el Expediente 1

mismo que está relacionado con los hechos motivo de la queja presentada por QV1 respecto a la atención médica brindada a V por parte de personal del HGZMF-1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

20. El H. Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS inició el expediente de Queja 1 en contra de AR1 por el caso de V, mismo que fue resuelto el 6 de junio de 2018 acordándolo como procedente desde el punto de vista de enfermería, por incumplimiento a las Normas Internacionales de Seguridad del Paciente; así como hacer del conocimiento al Órgano Interno de Control en dicho Instituto.

21. El Área de Auditoría Interna de Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, de Quejas, Denuncia e Investigaciones del Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social Región 11, en cumplimiento del acuerdo emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS inició el Expediente 1 mismo que está relacionado con los hechos motivo de la queja presentada por QV1 respecto a la atención médica brindada a V por parte de personal del HGZMF-1, el cual se concluyó el 28 de noviembre de 2019 a través de Acuerdo de Archivo por falta de elementos.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

22. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2017/8403/Q, en términos de lo dispuesto los artículos 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se contó con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud atribuibles a AR1 y AR2, así como a la información en materia de salud, en agravio de V persona mayor de 70 años, debido a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

23. El artículo 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador) reconoce que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*.

24. El párrafo primero del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos afirma 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”*.

25. El artículo 1° de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce que la salud es *“un derecho humano 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”*⁹.

26. Para garantizar la adecuada atención médica, se debe considerar también uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.

27. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, tienen una importante participación en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país¹⁰. En el presente caso se considera el Objetivo tercero consistente en Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas y todos en cualquier etapa de la vida.

⁹ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

¹⁰ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”, 219/418.

28. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud, mismo que se encuentra correlacionado con el criterio de la SCJN, al señalar que *“El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas...”*¹¹.

29. Esta Comisión Nacional determinó en su Recomendación General 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”* emitida en fecha 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 a la información), aceptabilidad y calidad”*. Además, advirtió que *“el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”*.

30. 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 nivel¹².

31. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advirtió que AR1 y AR2, personal de enfermería y médico del HGZMF-1 omitió brindar los cuidados médicos adecuados a V en su calidad de garantes, de conformidad con el artículo 32 y 33 fracción II de la Ley General de Salud, en concordancia con el párrafo

¹¹ SCJN, Jurisprudencia Administrativa, *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD”*, Registro 167530.

¹² CNDH. Recomendaciones: 6/2021, párrafo 25; 35/2020, párrafo 33; 23/2020, párrafo 36; 80/2019, párrafo 30; 47/2019, párrafo 34; 26/2019, párrafo 36; 77/2018, párrafo 16; 1/2018, párrafo 17; 56/2017, párrafo 42; 50/2017, párrafo 22; 66/2016, párrafo 28 y 14/2016, párrafo 28.

segundo del artículo 7 y 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, lo que se tradujo en la violación al derecho a la protección de la salud, como a continuación se analiza, pues dichos numerales, en términos generales, señalan que la atención médica es el conjunto de servicios que se proporcionan al derechohabiente con el fin de proteger la salud, entre los que se encuentra como actividad, las preventivas y curativas, que tienen como fin la protección específica, efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y que 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, de la misma manera, tendrán responsabilidad las enfermeras y demás personal que intervenga en el manejo del paciente, respecto del servicio que cada uno proporcione; así como que deben dejar constancia en el expediente clínico sobre los servicios y atenciones proporcionadas.

A.1. VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD POR OMISIÓN DE CUIDADO DE V

32. El 10 de julio de 2017, la Unidad de Medicina Familiar No. 16 en Atocpan, Estado de Hidalgo refirió a V al Servicio de Urgencias del HGZMF-1 debido a que presentó datos clínicos y por laboratorio de insuficiencia renal crónica requiriendo tratamiento especializado.

33. A las 11:35 horas del 10 de julio de 2017, V ingresó al HGZMF-1 con diagnóstico de Anemia grado III, enfermedad renal crónica, síndrome urémico, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, el personal médico indicó tratamiento sustitutivo de función renal y solicitó valoración por el Servicio de Medicina Interna, al siguiente día V fue valorado por el Servicio de Nefrología y se determinó que tenía criterios para inicio de diálisis.

34. Al contar con protocolo completo, el 12 de julio de 2017 le fue realizada la colocación de catéter de Teckhoff y estuvo a cargo del Servicio de Nefrología en donde continuó con recambios dialíticos, y se mantuvo en observación.

35. Durante la noche del 18 de julio de 2017, V sufrió una caída golpeándose la cabeza, señalando QVI en el escrito de queja que la misma sucedió a consecuencia de la omisión de cuidado por parte de AR1, personal de enfermería a quien V le pidió en varias ocasiones le pasara el “*pato*” ya que tenía la necesidad de hacer del baño, al no hacerle caso, V trató de levantarse por sus propios medios, momento en el que cayó.

36. Al respecto AR1 señaló que aproximadamente a las 18:40 horas del 17 de julio de 2017, V se encontraba “*irritable, inquieto y agresivo*” y le manifestó su deseo de hacer del baño, contestando que le pasaría el “*pato*”, pero le expresó que quería defecar, entregándole el cómodo, lo cual V rechazó y quiso levantarse para caminar al sanitario, indicándole AR1 que le ayudaría cuando terminara el procedimiento de diálisis; cuando finalizó éste lo auxilió para llegar al baño y al salir AR1 lo acompañó a su cama, empero al tratar de subirse al banco V aventó la cama, por lo que AR1 lo detiene con una mano y con la otra sostiene la cama, le llamó a una de sus compañeras para que la apoye, V sube a la cama empujándola pierde el equilibrio por lo que la compañera de AR1 le ayuda a reincorporarlo, se instala en su cama, al auscultarlo AR1 advirtió que no presentó lesiones físicas ni deterioro neurológico.

37. En ese sentido, la Jefatura de Medicina Interna del IMSS en su informe refiere que le fue notificado que, durante el turno nocturno, V “*sufrió una caída sin tener reporte por parte del personal de enfermería y por tanto sin dar aviso al personal médico, y hasta el día de hoy en nota de enfermería se describe que el paciente sufrió caída de la cama en el turno previo. El hijo del paciente me proporciona la misma información a quien le informo que se realizarán los estudios correspondiente(s) para determinar si existe lesión intracraneal y de acuerdo a los resultados se determinará el plan terapéutico*”.

38. De lo anterior, personal especializado en medicina forense de esta Comisión Nacional, en la Opinión Médica señaló que AR1 omitió realizar la notificación del Manual del Sistema de Vigilancia y reportar en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutica e Intervenciones de Enfermería, que V el 18 de julio de 2017 sufrió caída de la cama.

39. Además, en la Opinión Médica se mencionó que del informe rendido por AR1, se observó que plasmó “*no presenta lesiones físicas ni deterioro neurológico*” apreciación que desde el punto de vista médico forense es insuficiente por que debió realizarla personal médico encargado o de turno, tal y como se elaboró hasta varias horas después de ocurrido el evento, debido a que no fue notificado el incidente de forma inmediata.

40. Igualmente, personal especializado de este Organismo Nacional, señaló que los pacientes adultos mayores, como lo era V, tienen **un riesgo alto** de presentar una caída al encontrarse hospitalizados, ello independientemente de ser portadores de alguna patología crónica, por lo que personal médico y de enfermería que se encuentran a cargo, deben estar capacitados en su identificación para evitar posibles complicaciones, por ello en el presente caso existió falta de cuidado por AR2, médico que tuvo a su cargo a V en el turno nocturno del día 17 al 18 de julio de 2017, del cual se desconoce su nombre y especialidad, así como de AR1, quienes omitieron valorar los factores relacionados con la ocurrencia de caídas de V, tales como los factores precipitantes, motivo de consulta y exploración física dirigida tipos de enfermedades concomitantes, deficiencias y discapacidades generales, revisión de la medicación (si existe polifarmacia), evaluación del entorno arquitectónico, y de esta forma realizar una evaluación integral para prevenir una posible caída.

41. Incumpliendo AR1 y AR2 con lo dispuesto por los artículos 2¹³, 33¹⁴ y 51¹⁵ de la Ley General de Salud, 8¹⁶ del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y 7¹⁷ del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

¹³ Artículo 2. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades. II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana.

¹⁴ Artículo 33. Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica.

¹⁵ Artículo 51. Los usuarios, tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

¹⁶ Artículo 8. Las actividades de atención médica son: I. Preventivas: Que incluyen las de promoción general y las de protección específica.

¹⁷ Artículo 7. 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. De la misma manera, tendrán responsabilidad las enfermeras... que intervenga en el manejo del paciente, respeto del servicio que cada uno de ellos proporcione. El instituto será responsable con el personal referido.... De los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes.

42. También, en la mencionada Opinión Médica, personal de esta Comisión Nacional señaló que el evento adverso que presentó V (resultado de la atención y no por las condiciones basales del paciente, según el Manual del Sistema de Vigilancia), caracterizado por la caída de la cama, es un acontecimiento que tuvo como consecuencias negativas, lesiones que fueron documentadas mediante estudio tomográfico realizado el 18 de julio de 2017, en el que se estableció que V presentó trauma craneoencefálico caracterizado por hematoma subdural bilateral y parenquimatoso, que ocasionó mayor estancia hospitalaria, otros internamientos y que fuera intervenido quirúrgicamente en dos ocasiones para craniectomía descompresiva, lesiones graves que son prevenibles, según lo señalado en el Manual del Sistema de Vigilancia, y que involucran no sólo al personal médico sino al equipo de salud, como resultado de una falla del sistema, ya que la caída fue producida por efectos de la patología propia del paciente (insuficiencia renal crónica) asociada al entorno hospitalario.

43. Ante el evento de la caída, el 18 de julio de 2017, un médico especialista en Nefrología valoró a V y señaló que presentó caída de su propio plano de sustentación, golpeándose en región frontal, encontrándolo *“desorientado, se nos informó presento vómito en dos ocasiones de contenido gastroalimentario y posterior en pozos de café”*, integrando los diagnósticos de trauma craneoencefálico y enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal, y solicitó le fuera realizada de forma inmediata tomografía de cráneo simple, misma que mostró *“... colección subdural parietal derecha, de 7mm... segunda imagen subdural parieto temporal izquierdo de 8 mm... lesión hiperdensa, con edema perilesional, que inicia en el lóbulo temporoparietal derecho, de 45 x 34 mm... contamina espacio subaracnoideo (tentorio), sin desplazamiento de la línea media y con compresión del ventrículo homolateral...”*; es decir, que presentaba de acuerdo con la conclusión del estudio: hematoma subdural derecho temporo-parietal bilateral y hemorragia intraparenquimatosa con contaminación hemática subaracnoidea, datos clínicos y tomográficos que indicaban la severidad del trauma craneoencefálico que sufrió el paciente al caer de la cama, como ya se mencionó.

44. El 19 de julio de 2017, se reportó a V con cefalea discreta, somnolencia, bradipsíquico (lentitud mental), bradilálico (lentitud anormal en la articulación de las palabras), desorientado en tiempo y posterior a la valoración del estudio tomográfico, se estableció que el hematoma subdural bilateral y parequimatoso condicionaban efecto de masa con desplazamiento de estructuras y colapso parcial del ventrículo lateral, con lo que se indicó valorar el drenaje quirúrgico, mencionando que no había personal del Servicio de Neurocirugía, por tal motivo, el paciente fue trasladado al Servicio de Neurocirugía de la UMAE, en donde ingresó el 20 de julio de 2017.

45. Debido a la posibilidad de realización de cirugía descompresiva de cráneo, se indicó actualizar los estudios de laboratorio y protocolo prequirúrgico; al ser valorado V por un médico adscrito al Servicio de Neurocirugía, estableció que era *“meritorio de manejo neuroquirúrgico para drenaje de hematoma derecho por craneotomía”*, una vez contando con la valoración prequirúrgica por Medicina Interna (preanestésica con ASA III, riesgo anestésico quirúrgico U3B y riesgo tromboembólico alto, y autorización del procedimiento anestésico-quirúrgico), el día 21 de julio de 2017, bajo anestesia general balanceada, le fue realizada craniectomía y drenaje de hematoma subdural derecho (1ª cirugía de cráneo).

46. El 25 de julio de 2017, se determinó el traslado de V al HGZMF-1 para continuar con el manejo de diálisis peritoneal, ingresando al siguiente día con diagnóstico de postoperado de drenaje hematoma subdural, insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, permaneciendo en ese hospital hasta el día 29 de ese mes y año, que fue dado de alta a su domicilio con cita abierta a urgencias.

47. Posteriormente, el 1 de agosto de 2017, V presentó disartria (dificultad para articular sonidos y palabras), desorientación, pérdida descontrol de esfínteres y de la fuerza de extremidades inferiores y deterior del estado de despierto acompañado de periodos de indiferencia al medio, por tal motivo fue llevado al Servicio de Urgencias del HGZMF-1 en donde ingresó con resultados de laboratorio con anemia, datos de insuficiencia renal crónica, electrocardiograma, radiografía de tórax, así como tomografía de cráneo simple con resultado de *“colección subdural en fase subaguda bilateral, que aumentó del lado*

izquierdo, provocando compresión ventricular y desplazamiento de la línea media hacia la derecha y edema cerebral”, es decir que V presentó deterioro neurológico secundario a hematoma subdural bilateral del predominio izquierdo y edema cerebral.

48. Se ordenó procedimiento quirúrgico ante el deterioro neurológico y los datos tomográficos; determinándose el riesgo quirúrgico como alto, con múltiples comorbilidades, se solicitó radiografía de abdomen para valorar la situación del catéter, continuando manejo con hematínicos, diurético, antihipertensivos, señalando que una vez resuelto el problema neurológico se valoraría la función del catéter de diálisis por parte del Servicio de Cirugía General.

49. Al respecto el personal especializado en medicina forense de esta Comisión Nacional, señaló que el hematoma subdural bilateral de predominio izquierdo y el edema cerebral, son padecimientos graves, secundarios a la caída que sufrió el paciente por la falta de cuidado, por los médicos y personal de enfermería que lo tuvieron a cargo el 17 de julio de 2017, ensombreciendo el pronóstico de sobrevivencia y aumentando el riesgo de presentar más complicaciones a corto plazo.

50. Ante la necesidad de realizar la cirugía de cráneo a V, se solicitó apoyo al siguiente nivel de atención UMAE, en donde ingresó el 3 de agosto de 2017 a las 20:33 horas, se le realizó al día siguiente procedimiento anestésico y drenaje de hematoma subdural izquierdo por trépanos, siendo esta la segunda operación efectuada como consecuencia de la caída.

51. Del 4 al 8 de agosto de 2017, V tuvo una evolución neurológica postquirúrgica satisfactoria, por lo que esta última fecha fue dado de alta del UMAE y trasladado al Servicio de Urgencias del HGZMF-1 con diagnóstico de síndrome urémico, enfermedad renal crónica estadio V en diálisis peritoneal, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial descontrolada y postoperado de drenaje subdurales, solicitando su valoración por nefrología a efecto de valorar la funcionalidad del catéter de diálisis peritoneal, reportándolo grave y con pronóstico reservado a evolución.

52. V permaneció en el HGZMF-1 hasta el 11 de septiembre de 2017, con un progreso de forma tórpida, y a las 04:00 horas de esa fecha presentó disnea, hipotensión, apnea prolongada y ausencia de signos vitales, estableciendo su defunción a las 05:20 horas y como causas choque séptico (7 días), peritonitis bacteriana asociada a diálisis peritoneal (14 días), insuficiencia renal crónica en fase terminal (1 año), secuelas de drenaje de hematoma subdural (3 meses) y diabetes mellitus tipo 1 (20 años).

53. Al respecto en la Opinión Médica realizada por personal especializado de esta Comisión Nacional, se señaló que desde el punto de vista médico forense, el choque séptico y la peritonitis bacteriana, son padecimientos graves que se encuentran asociados al tratamiento sustitutivo de la función renal mediante diálisis peritoneal, para los cuales se brindó tratamiento adecuado y oportuno; sin embargo, evolucionó hacia el deterioro y finalmente el fallecimiento, situación que se vio favorecida por la presencia del hematoma subdural bilateral de predominio izquierdo y hemorragia cerebral, secundarios al incidente de caída ocurrido el 18 de julio de 2017, derivado de la falta de cuidado por el médico (AR2) y personal de enfermería (AR1) que tuvieron a su cargo al paciente.

54. Por lo anterior, para esta Comisión Nacional el hecho de que V sufriera una caída cuando se encontraba en el HGZMF-1, resultó una violación al derecho a la protección de la salud por la omisión de cuidado de AR1 y AR2, pues de acuerdo con la literatura médica establecida en la Opinión Médica que realizó esta institución, las personas adultas son más propensos a sufrir caídas que pueden tener diversas consecuencias, entre ellas lesiones graves como fracturas, pérdida del conocimiento, siendo el traumatismo craneoencefálico un motivo de mortalidad e incapacidad en el paciente.

55. El Manual del Sistema de Vigilancia hace referencia a que la seguridad constituye un principio fundamental en la atención médica y su dimensión es de gran magnitud en la calidad, incluso se puede considerar que sin seguridad no puede existir la calidad; asimismo, identifica varios factores relacionados con la seguridad, siendo uno de ellos la supervisión, señalando que cuando alguno falla están presentes o existen otros riesgos que producen como consecuencia daño al paciente.

56. Los factores que contribuyen a la presentación de un evento adverso¹⁸ y que deben formar parte del análisis son el factor humano, médico, paciente, turnos y capacitación; y para reducirlos, es preciso administrar los riesgos y fortalecer la gestión de la seguridad con la inclusión de varias disciplinas de la atención médica, siendo necesario un enfoque integral.

57. En el Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados, se concluyó que el personal de enfermería apoyado en ese instrumento puede prevenir eventos adversos y coadyuvar a disminuir la estancia prolongada hospitalaria derivado de una caída, y que la seguridad del paciente se ha vuelto una prioridad para el sistema de salud. Además, en el anexo 2 respecto del instructivo para el llenado del formato, se estableció como objetivo identificar los factores de riesgo en los pacientes de sufrir caídas, durante su estancia hospitalaria y que debe registrarse dicho riesgo en la hoja de enfermería, por tanto, también cualquier incidente como en el presente caso fue la caída de V, lo cual no aconteció de manera inmediata.

B. PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA O EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD (PERSONA ADULTA MAYOR)

58. En la Carta de San José sobre los derechos de las Personas Mayores de América Latina y El Caribe¹⁹, los Estados firmantes (incluido México), acordaron mejorar el sistema de salud, para que responda de manera efectiva a las necesidades de las personas mayores, entre ellas el acceso preferencial a los medicamentos, equipamientos, ayudas técnicas y servicios integrales, a favor de este grupo de la población.

59. El inciso f) del artículo 9 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores²⁰, refiere que los Estados deben capacitar y sensibilizar a las personas funcionarias públicas y a las encargadas de los servicios

¹⁸ Daño resultado de la atención médica y no por las condiciones basales del paciente.

¹⁹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *"Informe de la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe"*, San José, Costa Rica, 11 de mayo de 2012, página 23.

²⁰ Aunque al momento de los hechos y emisión de la presente Recomendación no ha sido firmada ni ratificada por México, es un referente obligado para los estándares internacionales de protección a las personas mayores.

sociales y de salud, entre otros, que tengan la encomienda de atender y cuidar a personas mayores, a fin de brindarles un trato digno y prevenir negligencia y acciones o prácticas de violencia o maltrato.

60. 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 las personas mayores constituyen un grupo que merece especial protección por parte de los órganos del Estado, ello en virtud de que su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en una situación de desatención, siendo estos 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.

61. En el mismo sentido se han pronunciado la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena en 1982, de la que derivó el Primer Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos en 1993 (de la que emanó la Declaración citada), la segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Madrid en 2002, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en 2003, la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en 2003, la Declaración de Brasilia en 2007, el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre las personas mayores en 2009, la Declaración de compromiso de Puerto España en 2009 y la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe en 2012.

62. El artículo 17, párrafo primero, inciso a) del Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador); establece en términos generales, que *“toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados parte se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a:*

a. Proporcionar instalaciones

adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada ...”.

63. La CrIDH ha establecido la importancia de visibilizar a las personas mayores como *“... sujetos de derechos con especial protección y por ende de cuidado integral, con el respeto de su autonomía e independencia ... Por lo tanto, esta Corte considera que, respecto de las personas adultas mayores, como grupo en situación de vulnerabilidad, existe una obligación reforzada de respeto y garantía de su derecho a la salud. Lo anterior se traduce en la obligación de brindarles las prestaciones de salud que sean necesarias de manera eficiente y continua. En consecuencia, el incumplimiento de dicha obligación surge cuando se les niega el acceso a la salud o no se garantiza su protección, pudiendo también ocasionar una vulneración de otros derechos ...”*²¹.

64. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad a aquel *“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”*²². 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.

65. En el sistema jurídico mexicano se define a los grupos de atención prioritaria como *“aquellos núcleos de población y personas 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”*²³.

66. La Primera Sala de la SCJN, ha reconocido que la situación en la que se encuentran las personas mayores obliga al Estado a garantizar su especial protección²⁴, lo cual guarda relación con lo dispuesto por el artículo 5º, fracción III, inciso a) y b), de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, el cual prevé que el derecho humano a

²¹ CrIDH, “Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile”, Fondo, Reparaciones y Costas, sentencia de 8 de marzo de 2018, párrafo 132.

²² “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, párrafo 8.

²³ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).

²⁴ SCJN, Tesis Constitucional, “ADULTOS MAYORES. AL CONSTITUIR UN GRUPO VULNERABLE MERECE UNA ESPECIAL PROTECCIÓN POR PARTE DE LOS ÓRGANOS DEL ESTADO”, Registro 2009452.

la protección a la salud del grupo de población de referencia, debe garantizar que tengan acceso a los satisfactores necesarios para su atención integral, considerando los servicios y condiciones humanas o materiales, y para ello, deben tener acceso preferente a los servicios de salud.

67. De igual forma, el artículo 6º, fracción I de la legislación precitada, indica que el Estado garantizará las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social de las personas mayores. Además de que toda institución debe proporcionarles atención preferencial, brindar servicios y contar con la infraestructura, mobiliario y equipo adecuado.

68. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos en su Recomendación 30/2015, emitida el 31 de agosto de 2015, señaló que: *“A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas consideradas adultas 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, [define:] Personas adultas mayores: Aquellas 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, 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”*.

69. De igual forma, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en su fracción I del artículo 3 define que este grupo poblacional lo constituyen: *“aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad...”*.

70. La Ley General de Salud, vigente al momento de los hechos, en su artículo 25, ordena que en atención a las prioridades del Sistema Nacional de Salud *“se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables”*.

71. En ese sentido, la transgresión del derecho a la protección a la salud de V, afectó otros derechos atendiendo a su calidad de persona mayor, específicamente en la omisión de cuidado, en razón de su situación de vulnerabilidad, ya que se trataba de una persona de 70 años; por lo que, atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida, en el Derecho Convencional se consideró que debió recibir una atención prioritaria, oportuna y de prevención en este caso de caídas, por parte del personal del IMSS, quien además no dio aviso inmediato de lo sucedido.

C. DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

72. El artículo 6º, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a la información.

73. Este Organismo Nacional en fecha 31 de enero de 2017 emitió la Recomendación General 29/2017, la cual en el párrafo 27, 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*”²⁵.

74. Resulta aplicable la sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador” del 22 de noviembre de 2007, emitida por la CrIDH, en cuyo párrafo 68 refiere “... *la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarlas y, en su caso, las consecuentes responsabilidades*”²⁶; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico, constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

²⁵ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”.

²⁶ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 68.

75. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas 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. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”*²⁷.

76. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico establece que *“el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, ... integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos..., mediante los cuales se hace constar ... las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de ... datos acerca del bienestar físico, mental y social...”*.

77. En ese sentido, este Organismo Nacional 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 recibida²⁸.

78. 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

²⁷ Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

²⁸ CNDH. Recomendación General 29/2017. *Ídem*.

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 persona²⁹.

C.1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

79. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, como se evidencia en diversas Recomendaciones, en las que se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, a pesar de que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos.

80. No obstante las Recomendaciones, el personal médico, en algunos casos, persiste en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana Del expediente clínico, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

81. Asimismo, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, 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 respectiva se cumpla en sus términos.

82. Del expediente clínico formado por la atención médica que se le brindó a V, este Organismo Nacional en la Opinión Médica concluyó que el personal del HGZMF-1 y UMAE, incumplió con la NOM-Del Expediente Clínico.

²⁹ CNDH. *Ídem.*, párrafo 34.

D. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

83. Respecto a la atención médica que se le brindó a V en el HGZMF-1 el día 17 de julio de 2017 de acuerdo con la Opinión Médica realizada por personal de esta Comisión Nacional, se concluyó que fue inadecuada de acuerdo con lo siguiente:

- a) Encontrándose hospitalizado a cargo del Servicio de Nefrología, el 18 de julio de 2017, V sufrió una caída de la cama, incidente que el personal de enfermería AR1, omitió notificar y reportar a su superior inmediato y al personal médico correspondiente, existiendo falta de cuidado por los médicos que tuvieron a su cargo a V, siendo el médico del turno nocturno AR2, de quien se desconoce su nombre y especialidad médica; así como del personal de enfermería AR1, quienes incumplieron con la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación y Servicios de Atención Médica, y con lo establecido en el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.
- b) El evento adverso de la caída de V, es un acontecimiento que tuvo como consecuencia negativas, la presencia de trauma craneoencefálico severo caracterizado por las siguientes lesiones: hematoma subdural bilateral y parenquimatoso, que ocasionó mayor estancia hospitalaria, otros internamientos y fuera intervenido quirúrgicamente en dos ocasiones para craniectomía descompresiva, lesiones graves que son prevenibles, según señala el Manual del Sistema de Vigilancia.
- c) Además, el fallecimiento de V se vio favorecido por la presencia del hematoma subdural bilateral de predominio izquierdo y hemorragia cerebral, secundarios al incidente de la caída ocurrido ante la falta de cuidado por los médicos y personal de enfermería (AR1 y AR2), que tuvieron a su cargo al paciente en la noche del 17 al 18 de julio de 2017.

84. También se estableció que como consecuencia de la caída, V fue trasladado al UMAE, en donde le fueron realizadas dos cirugías descompresivas de cráneo el 21 de julio y 4 de agosto de 2017.

85. Por lo anterior, AR1 y AR2 incumplieron con lo dispuesto en el artículo 7 de la entonces vigente Ley General de Responsabilidades Administrativas, el cual señala que las personas servidoras públicas observarán 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 que rigen el servicio público, y que para la efectiva aplicación de dichos principios deben promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución.

86. Cabe señalar que, si bien la labor médica está enfocada en la atención adecuada al enfermo, y el de enfermería en los cuidados, también lo es que la seguridad del paciente constituye un principio fundamental en la atención médica, la cual es responsabilidad compartida por todo el equipo de salud.

87. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafos segundo y tercero, y 102 apartado B párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º fracción III; 71 párrafo segundo; 72 párrafo segundo, y 73 párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 63 de su Reglamento Interno, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de las personas servidoras públicas responsables en el presente pronunciamiento.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

88. 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, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º 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, prevé la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que

procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se 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.

89. Para tal efecto, en términos de los artículos 1 párrafos tercero y cuarto; 2 fracción I; 7; 26; 27 fracciones I, II, III, IV y V; 62 fracción I; 64 fracciones I, II y VII; 65 inciso c); 73 fracción V; 74 fracción VI; 75 fracción IV; 88 fracción XXIII; 96; 106; 110 fracción IV; 111 fracción I y último párrafo; 126 fracción VIII; 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 al 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales), y demás aplicables del *“Acuerdo por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos por la omisión de cuidado de V, se deberá inscribir a QVI en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tenga acceso a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

90. 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”*, y en diversos criterios de la CrIDH, se establece 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, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

91. En el *“Caso Espinoza González Vs. Perú”*, la CrIDH enunció que: *“... toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo*

adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”; además precisó que: “... las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”³⁰.

92. Sobre el “deber de prevención” la CrIDH sostuvo que: “... abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte...”³¹.

93. Esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los siguientes términos:

i. Medidas de rehabilitación

94. Estas acciones se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices –instrumento antes referido–, la rehabilitación incluye: “*la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales*”.

95. En atención a lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, y como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación, se deberá brindar, en caso de que lo requiera, a QVI atención psicológica y tanatológica, misma que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado (que así lo

³⁰ CrIDH, “Caso Espinoza González Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

³¹ CrIDH, “Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia del 29 de julio de 1988, párrafo 175.

acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular), la cual se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua hasta que alcance su sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V a consecuencia de la falta de cuidado, lo que de manera desafortunada ensombreció el pronóstico de sobrevivida.

96. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima indirecta, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente.

97. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos. Durante su desarrollo y conclusión podrá ser valorada por el personal con especialidad en la materia de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

ii. Medidas de compensación

98. La compensación se encuentra establecida en los artículos 27 fracción III, 64 y 65 de la Ley General de Víctimas, la cual consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, deberá valorar el monto a otorgar como compensación a QVI derivado de la afectación a la salud como consecuencia de la caída que sufrió V ante la omisión de cuidado, para lo cual este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la mencionada Comisión Ejecutiva, a fin de que proceda conforme a sus atribuciones.

99. A fin de cuantificar el monto de la compensación, deberán atenderse los siguientes parámetros:

- **Daño material.** Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la CrIDH como: las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas,

la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.

• **Daño inmaterial.** 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.

También se consideran daño inmaterial los temores y angustias vividas por las víctimas directas e indirectas.

iii. Medidas de satisfacción

100. 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 la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, por lo que en el presente caso, comprende que las autoridades colaboren ampliamente con la instancia investigadora competente, derivado de la queja administrativa que presente este Organismo Nacional, para que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

iv. Medidas de no repetición

101. Éstas se encuentran contempladas en los artículos 27, fracción V; 74 y 75 fracción IV de la Ley General de Víctimas, y consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

102. Además, es necesario que las autoridades del IMSS implementen un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos dirigido al personal médico y de enfermería del HGZMF-1, así como la debida observancia y el contenido del Manual del Sistema de Vigilancia, Manual para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados, así como de la NOM-Del Expediente Clínico, este último también al personal médico del UMAE, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos.

103. Los manuales y contenido de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad, y se deberá realizar un registro de participantes, temario del curso, constancias y/o diplomas otorgados.

104. Todos los cursos deberán ser impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en derechos humanos, a fin de sensibilizar al personal de salud. Los cuales deberán ser no menores a 20 horas y contar con los indicadores de gestión y evaluación que apliquen al personal que los reciban, en los cuales se refleje un impacto efectivo. También se deberá mencionar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

105. Estos cursos podrán realizarse a distancia por considerar la actual pandemia por COVID-19. Además, se deberán entregar a esta Comisión Nacional las evidencias de su impartición, entre las cuales deberán incluirse programas, objetivos, actividades, presentaciones, videos, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, fotos y evaluaciones, entre otros.

106. Se deberá emitir, en el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, una circular en la que se instruya a las personas servidoras públicas del HGZMF-1 y del UMAE, que adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la

legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes, la cual debe ser publicada en el portal de intranet de esa institución.

107. 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 esta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a los derechos humanos descritas y acreditadas en la presente Recomendación, la autoridad recomendada procederá a la reparación del daño a QVI, con motivo del deceso de V, en términos de la Ley General de Víctimas, así como se realice el trámite para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que en caso de ser procedente tenga acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral correspondiente y se le otorgue atención psicológica y tanatológica, con base en las consideraciones planteadas que incluya compensación con base en las evidencias, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Colabore en la presentación y seguimiento de la queja que esta Comisión Nacional presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, en contra del personal del HGZMF-1, por las violaciones a los derechos humanos señaladas en la presente Recomendación, en el caso de AR1 se acuerde la reapertura del Expediente 1 toda vez que en la presente se acredita la responsabilidad de dicha servidora pública, debiendo remitir a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Diseñe e imparta en un 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 dirigido al personal médico y de enfermería del HGZMF-1, así como la debida observancia y el contenido del Manual del Sistema de Vigilancia, Manual para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados, así como de la NOM-Del

Expediente Clínico, este último también al personal médico del UMAE, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberán impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; asimismo, deberá enviar a esta Comisión Nacional las constancias de su impartición, en las que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y evaluaciones.

CUARTA. Gire las instrucciones respectivas para que en el término de un mes, a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular en la que se instruya al personal del HGZMF-1 y UMAE, adoptar medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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

108. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, así como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1° 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.

109. 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.

110. Con el mismo fundamento jurídico le solicito, en su caso, que 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.

111. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá 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