

RECOMENDACIÓN No. 230 /2022.

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y LA VIDA POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN AGRAVIO DE V; ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, EN AGRAVIO DE QVI, EN LOS HOSPITALES GENERAL REGIONAL NÚMERO 1 Y DE ESPECIALIDADES NÚMERO 2 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN CIUDAD OBREGÓN, SONORA.

Ciudad de México, a 30 de noviembre 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; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 26, 41, 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/PRESI/2021/4952/Q**, sobre la atención médica brindada a V, en el Hospital General Regional número 1 y el Hospital de Especialidades No. 2 "Lic. Luis Donaldo Colosio Murrieta", del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Obregón, Cajeme, Sonora.

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 6º, apartado A, fracción II,



de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9, 11 fracción VI, 16, 113 fracción I y párrafo último, así como 117, párrafo primero de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección 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 para distintas personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

DENOMINACIÓN	CLAVE
Quejoso/Víctima Indirecta	QVI
Víctima	V
Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Queja Médica	QM
Carpeta de Investigación	CI
Expediente de Reclamación de Responsabilidad Patrimonial del Estado	RPE

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:

DENOMINACION	ACRONIMO O ABREVIATURA
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Hospital General Regional No. 1 del IMSS en Ciudad Obregón, Cajeme, Sonora.	HGR-1
Hospital de Especialidades No. 2 "Lic. Luis Donaldo Colosio Murrieta" del IMSS en Ciudad Obregón, Cajeme, Sonora.	HE-2/UMAE
Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS	Comisión Bipartita
Fiscalía General de la República.	FGR
Comisión Nacional de los Derechos Humanos.	CNDH/Organismo Nacional/Comisión Nacional
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
SCJN.	SCJN
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.	CEAV
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	NOM-Del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.	NOM-Para la práctica de la hemodiálisis
Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.	NOM-Regulación de los servicios de salud.

I. HECHOS

5. El 28 de mayo de 2021, se recibió la queja que presentó QVI, en la que refirió que el 1 de junio de 2020, V quien era su hermano, de 40 años de edad al momento de los hechos, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II¹, hipertensión arterial² e insuficiencia renal crónica³, ingresó al HGR-1 por presentar complicaciones secundarias a las enfermedades crónico degenerativas que padecía, tales como úlceras en ambos pies y alucinaciones visuales, donde le informaron que requería diálisis, pero no lo podían atender argumentando que no contaba con vigencia de derechos.

6. El 2 de junio de 2020, PSP1, bajo la autorización de AR5 revisó a V, y realizó la “nota de ingreso” a estancia regular de Urgencias, en la que asentó como diagnóstico *sobrecarga hídrica*⁴, enfermedad renal crónica sin tratamiento sustitutivo de la función renal agudizada, síndrome *urémico*⁵, *hiperkalemia severa*⁶, *hiponatremia leve*⁷, *anemia*⁸ *grado IV por OMS* y *probable sepsis*⁹ *de tejidos blandos*

¹ Enfermedad por la que el cuerpo no controla la cantidad de glucosa (un tipo de azúcar) en la sangre y los riñones elaboran una gran cantidad de orina. La enfermedad se presenta cuando el cuerpo no produce suficiente insulina o no la consume de la forma en que debiera hacerlo.

² La presión arterial alta (hipertensión) es una afección frecuente en la que la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias con el transcurso del tiempo es lo suficientemente alta como para poder causarte problemas de salud, como una enfermedad cardíaca.

³ Pérdida irreversible de la función renal.

⁴ Retención de líquidos en un porcentaje mayor al 10 % del peso corporal.

⁵ Acumulación de productos de desecho metabólico o toxinas en la sangre.

⁶ Se define por la presencia de una concentración plasmática de potasio superior a 5,5 mEq/l.

⁷ Disminución de la concentración sérica de sodio.

⁸ Disminución del contenido de hemoglobina en la sangre.

⁹ Complicación que tiene lugar cuando el organismo produce una respuesta inmunitaria desbalanceada, anómala, frente a una infección.



secundario a *pie diabético Wagner grado II¹⁰*; por su parte, AR2 describió a V en malas condiciones generales, con hipertensión arterial y acidosis metabólica severa, mencionando que requería valoración urgente por el área de Nefrología del hospital de tercer nivel de apoyo correspondiente.

7. El 3 de junio de 2020, se realizó una “nota de traslado de hospital a hospital” en la que se mencionó que por cuestiones de “vigencia de derechos” se trasladaría a V, al “Hospital General de Obregón” perteneciente a la Secretaría de Salud Pública Estatal, lo cual se difirió, por la obtención de derechos por parte de un familiar.

8. El 4 de junio de 2020 que V, fue valorado en el servicio de Nefrología del HE2/UMAE, AR7 mencionó en su nota que V, se encontraba en malas condiciones generales, hemodinámicamente inestable por lo que “...no era candidato para recibir terapia de reemplazo renal con hemodiálisis intermitente debido al alto riesgo de descompensación...”, y en la nota de evolución de misma fecha AR8, estableció que V, sería trasladado al HGR-1, para continuar seguimiento.

9. El 5 de junio de 2020 V, reingresó al HGR-1, y el médico que lo valoró, señaló en la nota médica correspondiente, que recibió al paciente en muy malas condiciones generales y que había presentado paro cardiorrespiratorio que fue manejado con reanimación cardiopulmonar avanzada por tres ciclos y administración de epinefrina con retorno a la circulación.

10. No obstante, en esa fecha, V falleció a causa de síndrome urémico de cinco días de evolución; sepsis de cinco días de evolución; infección de tejidos blandos

¹⁰ Normalmente para clasificar las úlceras del pie diabético se utiliza la escala de Wagner-Meritt, que constituye la base para el plan de tratamiento. Según el grado en que se encuentre nos darán información sobre la gravedad, profundidad, infección y gangrena.

de ocho días; enfermedad renal crónica de cuatro meses y diabetes mellitus tipo II de 10 años, según lo establecido por PSP8 en la nota de egreso por defunción.

11. Con motivo de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional, el expediente de queja **CNDH/PRESI/2021/4952/Q** y para documentar las violaciones a los derechos humanos se solicitó diversa información al IMSS; entre ella, la copia del expediente clínico de V y la emisión de la Opinión Médica respecto del expediente de queja, por conducto de médico especialista en medicina legal, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones y análisis de las pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

12. Escrito de QVI, hermano de V, enviado a esta Comisión Nacional el 28 de mayo de 2021, en el cual señaló las irregularidades relativas a la atención médica otorgada a V, en el HGR-1 y el HE-2/UMAE.

13. Dos correos electrónicos de 1 de julio de 2021, mediante los cuales PSP1, hizo llegar diversa documentación en la que se detalla la atención médica proporcionada a V, por el IMSS, a los que adjuntó las siguientes constancias:

13.1. Copia del Oficio número 270511062115/1565 de 29 de junio de 2021, mediante el cual, PSP2 remitió copia del informe emitido, en relación con el presente caso por PSP3, encargado de la Jefatura de Urgencias del HGR-1.

Expediente clínico de V integrado en el HGR-1

13.2. Expediente clínico de V, con motivo de la atención médica que se le brindó en el HGR-1, del cual, destacan las siguientes notas médicas:

13.2.1. Triage¹¹ y nota inicial del servicio de Urgencias de fecha 1 de junio de 2020, suscrita por AR1, en la que se detallan las condiciones en que V ingresó al HGR-1.

13.2.2. “Nota de atención en choque e ingreso estancia regular Urgencias Adultos”, con fecha errónea de 20 de mayo de 2020 (sic) (2 de junio de 2020), suscrita por PSP4, bajo la supervisión de AR5, quien no refirió su nombre, ni matrícula.

13.2.3. Nota de evolución del Servicio de Urgencias de 2 de junio de 2020 a las 10:00 horas, signada por AR2, en la que menciona que V, requería ser valorado de manera urgente por Nefrología, así como, ser ingresado al servicio de Medicina Interna.

13.2.4. Nota evolución vespertina de 2 de junio de 2020 a las 17:35 horas, que elaboró AR3, en cuya copia no se aprecia la matrícula de quien suscribe por mala calidad de la misma, y se reporta a V, “muy grave”, además de hacer referencia a la urgencia dialítica que presentaba y, la necesidad de interconsulta a Nefrología.

¹¹ Es un término francés que se emplea en el ámbito de la medicina para clasificar a los pacientes de acuerdo a la urgencia de la atención. También denominado triaje, se trata de un método que permite organizar la atención de las personas según los recursos existentes y las necesidades de los individuos.

13.2.5. Nota de evolución, turno nocturno de 2 de junio de 2020 a las 22:00 horas, signada por AR4, en la que reportó a V: “grave, con alto riesgo de complicaciones (...)”, y mencionó que contaba con criterios para que se le realizara una transfusión, sin embargo, V no contaba con afiliación vigente.

13.2.6. Nota de traslado de hospital a hospital de 3 de junio de 2020 a las 9:35 horas, suscrita por AR6, en la que asentó que “se solicitó valoración por los servicios de Cirugía General, pero el paciente no cuenta con vigencia de derechos, por lo que no fueron recibidas las interconsultas (...)” señalando que V sería trasladado al Hospital General de Obregón, perteneciente a la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora.

13.2.7. Nota agregada y de gravedad de 3 de junio de 2020 a las 14:00 horas, en cuya copia no se aprecian el nombre y la firma de quien suscribe, por la mala calidad de la misma, en la que se estableció que un familiar del paciente había obtenido la vigencia de derechos por lo que se difería su egreso al Hospital General de Obregón, de la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora.

13.2.8. Nota médica, turno nocturno de 4 de junio de 2020 a las 03:41 horas, en la que PSP5 asentó que V continuaba pendiente valoración por el servicio de Nefrología.



13.2.9. Nota de evolución turno matutino de 4 de junio de 2020 a las 11:00 horas, en la cual PSP6 reiteró la solicitud de interconsulta a Nefrología, ya que V presentaba criterio de urgencia dialítica.

13.2.10. Hoja de interconsulta a especialidad, de 4 de junio de 2020, en la que se solicitó interconsulta al servicio de Nefrología del HE-2/UMAE.

13.2.11. Nota de Evolución y Gravedad, Estancia Regular, turno nocturno de las 02:40 horas del 5 de junio de 2020, en la que PSP6, asentó que V había sido recibido en el área de Urgencias, proveniente del HE-2/UMAE y se encontraba en muy malas condiciones generales; que durante el turno nocturno presentó paro cardio respiratorio, que fue manejado mediante reanimación cardiopulmonar avanzada por 3 ciclos.

13.2.12. Nota Médica de Cirugía General de las 5:30 horas del 5 de junio de 2020, en la cual PSP7, mencionó que el motivo de la interconsulta era el diagnóstico "...probable pie diabético Wagner IV..." y describió a la exploración física la presencia de un cuadro de necrosis seca a nivel de talón, por lo que sugirió mejorar las condiciones clínicas en cuanto al aspecto hemodinámico y metabólico, ya que V, presentó falla multiorgánica.

13.2.13. Nota de Egreso por Defunción, suscrita por PSP8, en la que señaló como causas de defunción: "1. Síndrome urémico... 5 días. 2.- sepsis ... 5 días. 3. Infección de tejidos blandos ... 8 días. 4.



Enfermedad renal crónica... 4 meses. 5. Diabetes Mellitus tipo II ... 10 años...”.

Expediente clínico de V integrado en el HE-2/UMAE

13.3. Copia del Oficio “número 271901/200200/DM/2021” (sic), de 28 de junio de 2021, mediante el cual, PSP9 remitió entre otros, los informes rendidos por AR7 y AR8.

13.4. Notas médicas integradas por la atención a V, en el Servicio de Nefrología y en la Coordinación Clínica de turno en el HE-2/UMAE, de las que destacan las siguientes:

13.4.1. Nota de valoración por Nefrología en el HE-2/UMAE, de 4 de junio de 2020, a las 15:20 horas, suscrita por AR7 en la que estableció que V, se encontraba en muy malas condiciones generales, hemodinámicamente inestable, “no candidato para recibir terapia de reemplazo renal con hemodiálisis intermitente debido a alto riesgo de descompensación” (sic).

13.4.2. Nota de evolución, admisión médica de 4 de junio de 2020, realizada a las 23:50 horas en el HE-2/UMAE, por AR8, en la que asentó que V, sería trasladado al HGR-1 para continuar seguimiento.

14. Opinión Médica, de 23 de febrero de 2022, emitida por especialista de esta Comisión Nacional, en el que concluyó que la atención médica proporcionada a V



tanto en el HGR-1 como en el HE-2/UMAE del IMSS fue inadecuada y existió mala práctica médica por omisión por parte de los médicos AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, del primero de ellos, así como de AR7 y AR8, adscritos al HE-2/UMAE, asimismo, advirtió que en el presente caso, se incurrió en responsabilidad institucional, toda vez que se negó a V, la atención médica de Urgencias que requería, bajo el argumento de que no contaba con vigencia de derechos, e incluso, AR6 elaboró nota de traslado a otra institución médica, por el mismo motivo; además de que el HGR-1 incurrió en inobservancia a la NOM-Regulación de los servicios de salud, al no contar con el material necesario (laringoscopio sin luz), para el procedimiento que V requería, así como a la NOM-Del Expediente Clínico, siendo corresponsables las autoridades administrativas de ambos nosocomios, en base a lo estipulado en el artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

15. Correo electrónico de 3 de marzo de 2022, mediante el cual, PSP1 informó que la Comisión Bipartita radicó la QM, relacionada con el caso de V.

16. Correo electrónico de 22 de junio de 2022, mediante el cual QVI hizo llegar a este Organismo Nacional, diversa documentación de la que se advierte que presentó denuncia por los hechos que motivaron su queja ante la FGR, además de que promovió la Reclamación de Responsabilidad Patrimonial del Estado en el IMSS y presentó queja en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la cual se encontraba en trámite, sin embargo, no presentó queja en el Órgano Interno de Control en ese Instituto.

17. Correo electrónico de 28 de junio de 2022, mediante el cual, PSP1 informó el estado que guardaba el expediente QM, el cual se encontraba en tramitación,



además de señalar que se tenía conocimiento de la radicación de la CI en la FGR, por los hechos que motivaron la presente Recomendación, aunado a que QVI había presentado la Reclamación de Responsabilidad Patrimonial del Estado en el IMSS.

18. Correo electrónico de 30 de junio de 2022, mediante el cual PSP9, informó que en la FGR se encuentra radicada CI desde el 7 de julio de 2022, por los hechos motivo de la queja, instruida en contra de quien o quienes resulten responsables.

19. Correo electrónico de 22 de septiembre de 2022, mediante el cual, PSP1 informó que la Comisión Bipartita del IMSS, emitió resolución en el expediente QM mediante acuerdo de 19 de agosto de 2022, en sentido improcedente y comunicó sobre la existencia de un Procedimiento de Responsabilidad Patrimonial del Estado, que se encontraba pendiente de admisión, además de que, la CI radicada en la FGR se encontraba en trámite.

20. Correo electrónico de 30 de septiembre, mediante el cual QVI remitió diversa documentación relacionada con la reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado que promovió ante el Órgano de Administración Desconcentrada Estatal en Sonora, del IMSS.

21. Correo electrónico de 12 de octubre de 2022, mediante el cual PSP9, informó que el 31 de agosto de 2022, se determinó el no ejercicio de la acción penal, en la CI en la FGR.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

22. Mediante correos electrónicos de 3 de marzo y 22 de septiembre de 2022, el IMSS informó que la Comisión Bipartita radicó la QM, relacionada con el caso de V, la cual, fue determinada por acuerdo de 19 de agosto de 2022, en sentido improcedente.

23. Por su parte, la FGR, mediante correos electrónicos de 30 de junio y 12 de octubre de 2022, respectivamente, informó que, con motivo de la denuncia que presentó QVI el 7 de julio de 2021, inició la CI por el delito previsto en el artículo 228 fracción I del Código Penal Federal, instruida en contra de quien o quienes resulten responsables, en la cual el 31 de agosto de 2022, se determinó el no ejercicio de la acción penal.

24. A la fecha de emisión de la presente Recomendación, no se tiene evidencia de que se hubiera iniciado algún procedimiento administrativo ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, relacionado con los hechos motivo de la queja.

25. Asimismo, el IMSS, mediante comunicación electrónica de 28 de junio de 2022, informó que se tenía conocimiento de un Procedimiento de Responsabilidad Patrimonial del Estado, el cual era tramitado en la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS, del cual se desconocía el número y posteriormente, a través de correo electrónico de 22 de septiembre de 2022, personal de la Dirección Jurídica, Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales, División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, informó que dicho procedimiento continuaba pendiente de acuerdo de admisión por parte de esta última instancia.

26. QVI, el 12 de agosto de 2021, promovió la reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado, ante el Órgano de Administración Desconcentrada Estatal en Sonora el IMSS, lo que originó que se formara el expediente RPE, mismo que fue remitido a la Coordinación de Asuntos Contenciosos de ese Instituto, para su substanciación.

IV. OBSERVACIONES Y ANALISIS DE LAS PRUEBAS

27. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2021/4952/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, a la vida por inadecuada atención médica en el HGR-1 y en el HE-2/UMAE, así como acceso a la información en materia de salud en agravio de V.

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

28. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) 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.”¹² 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.

29. 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.”¹³

30. La Ley General de Salud, vigente en la fecha de los hechos acaecidos a V, 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 en situación de vulnerabilidad.”

31. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las enfermedades crónicas son aquellas de “*larga duración y por lo general de progresión lenta*”.¹⁴ 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.¹⁵

¹² 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 52/2020, párr. 26; 23/2020, párr. 22; 26/2019, párr. 24.

¹³ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

¹⁴ OMS, Enfermedades crónicas. Disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

¹⁵ OMS, “Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa”, Suiza, OMS, 2006, p. 8.



32. Por su parte, 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 IMSS 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.

33. La OMS en su Informe Mundial sobre la Diabetes, indica que dicho padecimiento “puede producir complicaciones en muchas partes del cuerpo y aumentar el riesgo general de morir prematuramente.”¹⁶

34. Este Organismo Nacional, advierte que, las personas que sufren enfermedades crónicas graves se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, porque tales padecimientos originan mayores factores de riesgos que ponen en peligro su vida e integridad, por su capacidad disminuida para protegerse o hacer frente a tales consecuencias negativas, y en caso de consumarse una violación a tal derecho, los efectos pueden ser más severos y encadenados, originando nuevos factores de vulnerabilidad como puede ser la discapacidad, por lo que requieren de atención prioritaria.¹⁷

35. 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

¹⁶ Organización Mundial de la Salud, “Informe mundial sobre la diabetes”, Suiza, OMS, 2016, p. 6.

¹⁷ CNDH. Recomendaciones, 52/2020, párr. 36; 23/2020, párr. 28; 82/2019, párr. 51.



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.¹⁸

36. 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.¹⁹

37. Algunos tipos de enfermedad de los riñones pueden ser tratados. La enfermedad renal crónica no tiene cura, pero en general, el tratamiento consiste en medidas para ayudar a controlar los síntomas, reducir las complicaciones y retrasar la progresión de la enfermedad.²⁰

38. Esta Comisión Nacional 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 diabéticas²¹ y con

¹⁸ 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>

¹⁹ 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>.

²⁰ Ibidem.

²¹ CNDH. Recomendaciones 141/2022, párr. 30; 42/2021, párr. 30; 52/2020, párr. 40; 23/2020, párr. 32; entre otras.

enfermedades renales crónicas²², verificándose en la mayoría de estos, el desarrollo de padecimientos en las que dicha enfermedad crónica era un factor de riesgo.

39. En el presente caso, V quien contaba con antecedentes de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica, ingresó el 1 de junio de 2020 al HGR-1, en virtud de que presentaba diversos síntomas derivados de complicaciones de los padecimientos mencionados, tales como, úlceras en ambos pies y alucinaciones visuales, que ameritaron su hospitalización; sin embargo, tal como se desarrollará en la presente Recomendación, el servicio de Urgencias de dicho nosocomio, omitió iniciar de forma inmediata los tratamientos de diálisis peritoneal²³ y hemotransfusión²⁴, que V requería, por la situación de urgencia, además, de que no se requirió la valoración del paciente por los servicios de Cirugía General, Cirugía Vascular y Medicina Interna, lo cual era indispensable, independientemente de su situación de derechohabiencia.

40. Asimismo, bajo el argumento de que no contaba con vigencia de derechos en el IMSS, se aplazó su valoración por parte del servicio de Nefrología del HE-2/UMAE, indicando su traslado a un Hospital de la Secretaría del Estado de Sonora, circunstancia que no sucedió gracias a que QVI, acreditó su derechohabiencia, y una vez que fue trasladado al HE-2/UMAE, no fue hospitalizado para el inicio del tratamiento de diálisis peritoneal urgente que requería, si no que fue regresado al HGR-1, sin importar las condiciones de gravedad por las que cursaba; falleciendo

²² CNDH. Recomendaciones 40/2022, 113/2021, 51/2021; 49/2020, 35/2020, 23/2020, entre otras

²³ Método sustitutivo de la función renal que emplea la membrana peritoneal para realizar el intercambio de solutos y agua entre la sangre y la solución dializante.

²⁴ Procedimiento durante el cual se administra sangre o componentes de la sangre directamente en el torrente sanguíneo del paciente a través de un catéter intravenoso.



el 5 de junio de 2020, por síndrome urémico, sepsis, infección de tejidos blandos, enfermedad renal crónica y diabetes mellitus tipo II, incurriendo en ambas instalaciones sanitarias en una inadecuada atención médica, como se analizará en el apartado siguiente.

B. Derecho a la Protección de la Salud

41. Esta CNDH ha señalado que la protección de 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.²⁵

42. Por su parte, el numeral 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.²⁶

43. 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

²⁵CNDH, Recomendación 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28.

²⁶ “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.



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.”²⁷

44. 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...”.

45. En los artículos 10.1 y 10.2 incisos a) y d) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), se reconoce que “todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”, por lo cual, el Estado debe adoptar medidas para garantizar este derecho, como la atención primaria de la salud al alcance de todos y prevenir las enfermedades, o en su caso, dar tratamiento.

46. La SCJN en la tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección,²⁸ 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.”

²⁷ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14.

²⁸ “*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.



47. 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”. La protección a la salud “(...) es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud.” Se advirtió, además, 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”.

48. Para una mejor comprensión de este apartado se realizará el análisis relativo a la atención médica que se brindó a V, en el servicio de Urgencias del HGR-1 y en el de Nefrología del HE-2/UMAE.

B.1 Violación a la protección de la salud de V, por inadecuada atención médica en el HGR-1

49. El 01 junio del año 2020, V, quien contaba con 40 años al momento de los hechos, fue ingresado en el HGR-1 en Ciudad Obregón, Sonora, ya que presentó complicaciones secundarias a las enfermedades crónico-degenerativas con las que contaba, de acuerdo con las constancias del expediente clínico integrado en ese nosocomio, tales como: hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2, de 15 y 12 años de diagnóstico respectivamente; así como enfermedad renal crónica



secundario a nefropatía diabética²⁹, sin tratamiento sustitutivo de la función renal y bajo manejo farmacológico a base de diurético (furosemida).

50. Según lo establecido en la nota médica inicial de Urgencias de 1 de junio de 2021, por el médico encargado de la consulta AR1, V presentaba "...úlceras en pie izquierdo y derecho, además, de alucinaciones visuales..." de ocho días de evolución, y ya había iniciado manejo de la patología del pie diabético con administración de antibiótico (amoxicilina) prescrito por médico particular, sin mostrar mejoría, observando la salida de "material purulento" y deterioro progresivo de sus condiciones generales hasta presentar alteraciones de su estado de consciencia.

51. AR1 describió a V desorientado, con palidez de piel y tegumentos, así como deshidratación; en el pie derecho observó una úlcera con bordes mal definidos, con salida de material purulento y aumento de volumen de la región, por lo que le realizó estudio radiográfico de la extremidad involucrada teniendo el hallazgo de "*gas en área de la lesión*", arribando al diagnóstico de "*...pie diabético Wagner 2...*", por lo que indicó el tratamiento con dosis única de ceftriaxona 1 gramo, en administración intravenosa, para continuar de forma ambulatoria con levofloxacino 500 mg por vía oral cada 24 horas y metronidazol 500 mg cada 8 horas; asimismo, decidió realizar estudios auxiliares de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea y electrolitos séricos) con revaloración al obtener resultados.

²⁹ Complicación renal tardía de la diabetes. Se refiere al daño predominantemente de tipo glomerular, con compromiso intersticial; frecuentemente se añade daño por hipertensión arterial y debe de valorarse a los 5 años del diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 y al momento del diagnóstico en la diabetes mellitus tipo 2. **Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. 3.49 Nefropatía diabética**



B.1.1 Omisión de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, en agravio de V, por omitir solicitar la valoración urgente por los servicios de Cirugía General, Cirugía Vascul y Medicina Interna

52. En la Opinión Médica de 23 de febrero de 2022, emitida por un médico especialista adscrito a este Organismo Nacional, se señaló que como parte del diagnóstico de “pie diabético”, tanto la bibliografía médica especializada, como la Guía de Práctica Clínica “Manejo integral del pie diabético en adultos en el segundo nivel de atención”, mencionan que, es importante establecer una clasificación clínica de los estadios por el que cursa el padecimiento, con la conveniencia de articular los protocolos terapéuticos adecuados e instaurar su valor predictivo en cuanto a la cicatrización de la úlcera y la clasificación más utilizada es la de *Meggitt-Wagner*, y la clasificación clínica de la lesión que observó el médico de Urgencias AR1, “...*Wagner 2...*”, no fue consistente con el hallazgo de “gas” detectado en el estudio radiográfico, por lo que la atención médica inicial que proporcionó a V, fue inadecuada.

53. El especialista médico de esta Comisión Nacional añadió que, por lo anterior, se puede establecer que las condiciones correspondían a un estadio más avanzado derivado de la presencia de gas en el tejido profundo, absceso o fascitis necrotizante, que ameritaba tratamiento quirúrgico urgente,³⁰ reuniéndose los elementos para solicitar valoración por los servicios de Cirugía General y Cirugía Vascul.

³⁰ Guía de Práctica Clínica. “**Prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del pie diabético**”. Algoritmo 2. Estadificación y tratamiento de heridas en pacientes con diabetes.



54. A las 6:40 horas, del 2 de junio de 2020, PSP4, quien no especificó su nombre completo, ni matrícula, realizó la “nota de ingreso” a estancia regular de Urgencias, bajo la autorización de AR5, quien de igual forma omitió especificar su nombre completo, especialidad, matrícula y cédula profesional, en la cual derivado de los resultados de los análisis clínicos realizados a V, lo diagnosticó con “...sobrecarga hídrica / ERC agudizada STSFR (enfermedad renal crónica sin tratamiento sustitutivo de la función renal) / Sx (síndrome) urémico / hiperkalemia severa / hiponatremia leve / anemia grado IV por OMS / pb (probable) sepsis de tejidos blandos sec (secundario) a pie diabético Wagner grado II...”.

55. De acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, el síndrome urémico como consecuencia de la acumulación de productos de desecho metabólico o toxinas urémicas (urea, creatinina), se presenta clínicamente con síntomas como: fatiga y debilidad, anorexia, náusea y vómito, irritabilidad, deficiencia de la memoria, insomnio, parestesias³¹ y fasciculaciones³². Por lo que se puede establecer que V presentaba un síndrome urémico severo y proceso séptico secundario a infección de tejidos blandos de pie diabético severo, de condición quirúrgica urgente; además; de una anemia secundaria a enfermedad renal crónica y desequilibrio hidroelectrolítico por aumento severo en la concentración sérica de potasio (hiperkalemia) y disminución leve de sodio (hiponatremia); situación que justificaba ampliamente su ingreso hospitalario.

56. En el presente caso, se tiene que, además del cambio inmediato en el tratamiento posterior a decidir el ingreso hospitalario de V, el cual consistió en la

³¹ Sensación de hormigueo o pinchazos, generalmente temporal, que suele producirse en brazos, manos, piernas o pies.

³² Contracción o tirón breve y espontáneo en un músculo.



administración de un diurético (furosemida) con dosis única de impregnación de 80 mg por vía intravenosa, para posteriormente continuar con 40 mg cada 8 horas, como manejo inmediato ante la sobrecarga hídrica; así como la utilización de una “solución polarizante”³³ a base de la combinación de solución glucosada al 50% (solución hipertónica) con insulina de acción rápida, para el manejo de la “...hiperkalemia severa...”³⁴, fueron decisiones acordes al padecimiento en cuanto a la cuestión metabólica, las cuales se encuentran recomendadas por la bibliografía médica especializada, recordando que la hiperkalemia es el trastorno iónico más importante a corregir en los tratamientos de urgencia.³⁵

57. El especialista médico adscrito a esta Comisión Nacional, advirtió que como parte del plan terapéutico, se indicó la interconsulta al servicio de Nefrología, la cual, como lo muestra la “hoja de interconsulta a especialidad” fue dirigida al HE-2/UMAE, en la misma ciudad; sin embargo, de las notas médicas generadas por la atención proporcionada a V, se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, omitieron solicitar las valoraciones urgentes a los servicios de Cirugía General, Cirugía Vasculat y Medicina Interna, las cuales son acciones sugeridas por la Guía de Práctica Clínica “Manejo integral del pie diabético en adultos en el segundo nivel de atención” y bibliografía médica especializada ante el estadio clínico severo de una infección de

³³Villegas-Anzo F.; Castellanos-Olivares A.; Gracida-Juárez C.; Rangel-Montes M.A.; Espinoza Pérez R.; Cancino-López J.; **Manejo de la hiperkalemia transoperatoria en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a trasplante renal.** Revista Mexicana de Trasplantes. Volumen 2, número 2, Mayo-Agosto 2013.

³⁴ En 1989, Clausen y colaboradores definieron a la hiperkalemia como la elevación de las concentraciones séricas por arriba de 5.5 mEq/L, clasificándola en tres grados: *LEVE: con concentraciones séricas entre 5.5 y 6.0 mEq/L; *MODERADA: que equivaldría a niveles entre 6.0 y 8.8 mEq/L; y *SEVERA: con valores por arriba de 8.0 mEq/L. Battle D, Salem M. **More in therapy for hiperkalemia in renal insufficiency.** New Eng J Med. 1989; 320: 1496-1497

³⁵ Villegas-Anzo F.; Castellanos-Olivares A.; Gracida-Juárez C.; Rangel-Montes M.A.; Espinoza Pérez R.; Cancino-López J.; **Manejo de la hiperkalemia transoperatoria en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a trasplante renal.** Revista Mexicana de Trasplantes. Volumen 2, número 2, Mayo-Agosto 2013.



pie diabético, que condicionaba un proceso séptico, con requerimiento de manejo quirúrgico urgente y multidisciplinario.

58. Contraviniendo con su omisión, lo establecido en los artículos 32 y 33 fracción II de la Ley General de Salud³⁶; así como artículo 8, fracciones II y III, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.³⁷, que prevén, entre otras actividades médicas, las curativas que tienen por objeto efectuar el diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer su tratamiento oportuno, y de rehabilitación, que incluyen las acciones tendientes a limitar el daño, actualizando también la corresponsabilidad por parte de las autoridades administrativas del HGR-1 en base a lo estipulado en el artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.³⁸

³⁶ **LEY General de Salud. Artículo 32.-** Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Para efectos del párrafo anterior los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en la Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo a las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud... **Artículo 33.-** Las actividades de atención médica son (...) II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno.

³⁷ **REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículo 8º.-** Las actividades de atención médica son: (...) **II.- Curativas:** Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos; **III.- De rehabilitación:** que incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental.

³⁸ Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. 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 (...) El Instituto será corresponsable con el personal referido en los párrafos que anteceden, de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes.



B.1.2 Omisión de AR2, AR3, AR4 y AR6, en agravio de V, por omitir instaurar de forma inmediata la diálisis peritoneal y hemotransfusión que requería, independientemente de su situación de derechohabencia en un contexto de “urgencia médica”

59. De la Opinión Médica de mérito, se advierte que, dentro de los estadios de la insuficiencia renal crónica, la de fase terminal indica una pérdida irreversible de la función renal, la cual, requiere del empleo de alguna terapia sustitutiva de la misma, y de acuerdo con lo establecido por la Guía de Práctica Clínica “Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica en el segundo y tercer nivel de atención”; en el caso que nos ocupa, existían criterios para el inicio de tratamiento de diálisis peritoneal o hemodiálisis, tales como el síndrome urémico grave, la sobrecarga de volumen sin respuesta al tratamiento con diuréticos, la hiperkalemia refractaria y la acidosis metabólica grave.

60. Lo anterior, ya que el inicio de la terapia dialítica se debía realizar de forma oportuna e individualizada para evitar las complicaciones del síndrome urémico que son potencialmente peligrosas para la vida.

61. Así las cosas, para las 10:00 horas del 2 de junio de 2020, es decir, aproximadamente 12 horas después de su ingreso al área de Urgencias, AR2 describió a V, en malas condiciones generales, con hipertensión arterial de 198/88 mmHg (valor normal de 120/80 mmHg) y acidosis metabólica severa, mencionando que el paciente requería de ser valorado de manera urgente por Nefrología, afirmando haber gestionado el trámite con envío de la solicitud de interconsulta al hospital de tercer nivel de apoyo correspondiente, por lo que se esperaba la respuesta.



62. Al respecto, el especialista médico adscrito a este Organismo Nacional, señaló que si bien es cierto, era necesario que V, fuera valorado por el servicio de Nefrología, para el inicio agudo de hemodiálisis según la NOM-Para la práctica de la hemodiálisis;³⁹ también era procedente que se iniciara la diálisis peritoneal en agudo en el servicio de Urgencias y/o por el servicio de Medicina Interna, ya que dicho tratamiento ha demostrado mejoría y resolución del síndrome urémico.

63. En el mismo sentido, se advirtió que, en la nota de valoración realizada en el siguiente turno a V, por parte de AR3, a las 17:35 horas del 2 de junio de 2020, se mencionó la falla renal grave con requerimiento de diálisis urgente, así como la necesidad de valoración por el servicio de Nefrología; sin embargo, se omitió realizar el manejo específico que requería el paciente a través de diálisis peritoneal urgente.

64. Según lo referido en la nota de evolución de las 22:00 horas del 2 de junio de 2020, AR4 describió a V, con persistencia de la sintomatología, con dolor torácico a la inspiración, somnoliento, con palidez generalizada y en anuria,⁴⁰ además de mencionar que continuaba con acidosis metabólica severa, sin mejoría al tratamiento alcalinizante, por lo que se consideraba una acidosis metabólica grave refractaria a tratamiento, criterio que se agregaba como parte de las indicaciones del inicio urgente de tratamiento dialítico sugeridas por la Guía de Práctica Clínica “Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica en el segundo y tercer nivel de atención”. También, consideró contar

³⁹ **NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.** 5. Personal de salud. 5.1. De los médicos.- Únicamente podrán prescribir y aplicar el procedimiento terapéutico de hemodiálisis, los médicos especialistas en nefrología con certificado de especialización y cédula profesional legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

⁴⁰ Ausencia total de orina o en cuantía inferior a 50 ml en 24 horas.



con criterios para transfusión sanguínea al tener el diagnóstico de “*anemia grado IV según la OMS*”.⁴¹

65. Sin embargo, AR4, refirió en la nota de evolución lo siguiente: “...se solicita dos paquetes globulares, se notifica a jefatura y subdirecciones de turno, sin embargo, el paciente **no cuenta con afiliación vigente...**”, por lo que se tiene acreditado la omisión del tratamiento, bajo el argumento de que V no contaba con derechohabencia en el IMSS, sin dar importancia al criterio de urgencia que se presentaba, al encontrarse en riesgo su vida.

66. Por tanto, el especialista médico de este Organismo Nacional estableció que la atención médica proporcionada a V, por AR2, AR3, AR4 y AR6, fue inadecuada, al no haber realizado el tratamiento médico urgente que requería el paciente de diálisis en agudo y hemotransfusión, independientemente de su situación de “vigencia de derechos” al tratarse de un contexto de urgencia, por lo que se contraviene con lo establecido en las Guías de Práctica Clínica “Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica en el segundo y tercer nivel de atención” y “Evaluación, diagnóstico y tratamiento de anemia secundaria a enfermedad renal crónica”, existiendo corresponsabilidad por parte de las autoridades administrativas con base en lo estipulado en el artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, que establece en términos generales la corresponsabilidad de este Instituto con el

⁴¹ Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar anemia al nivel del mar. Varones (15 años o mayores): **Sin anemia:** 130 g/L (13.0 g/dL) o superior. **Leve (GRADO I):** 100-129 g/L (10.0-12.9 g/dL). **Moderada (GRADO II):** 80-109 g/L (8.0-10.9 g/dL). **Grave:** menos de 80 g/L (menos de 8.0 g/dL); a su vez la grave se subdivide en **(GRADO III):** 60-79 g/L (6.0-7.9 g/dL) y **(GRADO IV):** menos de 60 g/dL (menos de 6.0 g/dL). Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. WHO/NHD/MNM/11.1. https://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf

personal médico, en lo relacionado con los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes.⁴²

B.1.3 Inadecuada atención médica de AR6, en agravio de V, al haber indicado su traslado a otra Unidad médica cuando su situación era de gravedad, contando con la autorización de AR5

67. El 3 de junio de 2020, AR6, realizó una “nota de traslado de hospital a hospital”, en la que mencionó que por cuestiones de “vigencia de derechos” no habían sido recibidas las interconsultas por parte de los servicios del IMSS, por lo que se trasladaba a V, al “Hospital General de Obregón” perteneciente a la Secretaría de Salud Pública Estatal, plasmando en ella lo siguiente: “...en estos momentos la principal condición que pone en riesgo la vida es la enfermedad renal crónica, ya que cuenta con datos de encefalopatía urémica y acidosis metabólica grave...”, con lo que se acredita que el paciente se encontraba en condiciones graves de salud con requerimiento de tratamiento urgente.

68. En relación con lo anterior, cabe destacar lo establecido en el artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, donde se refiere que una “urgencia” es todo problema médico quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata; por lo que el especialista de esta Comisión Nacional determinó que en el presente caso, debía haberse otorgado a V el tratamiento

⁴² Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. 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 (...) El Instituto será corresponsable con el personal referido en los párrafos que anteceden, de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes.



médico urgente que requería (diálisis en agudo, hemotransfusión y manejo quirúrgico del pie diabético); independientemente de su situación administrativa en cuestión de derechohabencia, por lo que AR6 incurrió en una inadecuada atención médica al negar el tratamiento urgente por cuestiones administrativas; así como haber indicado su traslado a otra unidad médica cuando la situación del paciente era de gravedad y requería de tratamiento de urgencia con fines de estabilización.

69. En consecuencia, se estableció que AR6, como el médico directivo administrativo que autorizó (sin conocer nombre del subdirector médico en turno), contravinieron lo establecido en el artículo 117 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social que menciona “...*el Instituto otorgará atención médica de urgencia a los no derechohabientes en cualquiera de sus unidades médicas, hasta su estabilización o egreso por mejoría, defunción, traslado o referencia a la unidad médica del sector público que corresponda o del sector privado que el usuario o su familia determinen...*”, en relación con lo establecido en el artículo 7 de dicho Reglamento.⁴³

B.1.4 Inobservancia médico-administrativa, por falta de recursos necesarios en el servicio de Urgencias del HGR-1, para la atención médica de V

70. El 3 de junio de 2020, en la nota médica de evolución y gravedad de las 14:00 horas, de la cual se desconocen los datos del médico quien la realizó, por ser estos ilegibles, se mencionó que el traslado de V, al hospital de la Secretaría de Salud del

⁴³ Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. **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 (...) El Instituto será corresponsable con el personal referido en los párrafos que anteceden, de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes.

Estado de Sonora, había sido diferido en virtud de la “obtención de derechos por parte del familiar” (no por cuestiones médicas en cuanto a su estado de salud); en dicha nota, se describió las condiciones generales de V, con franco deterioro en su estado de salud, con hipoactividad y estupor⁴⁴, y que por su estado neurológico se decidió dar manejo avanzado de la vía aérea, a través de intubación orotraqueal, sin embargo, al no contar con el material necesario para el procedimiento consistente en laringoscopia sin luz, se tuvo que suspender, dejando al paciente con mascarilla y oxígeno suplementario.

71. En este sentido, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en su artículo 87 menciona que “...los servicios de Urgencias de cualquier hospital, deberán contar con los recursos suficientes e idóneos de acuerdo a las normas oficiales mexicanas⁴⁵ que emita la Secretaría...”, es por ello que, desde el punto de vista médico legal, existe inobservancia a dicho Reglamento; así como a la NOM-Regulación de los servicios de salud, al no contar con el recurso material necesario en el servicio de Urgencias para la atención médica que requería en ese momento el paciente.

72. En las siguientes valoraciones médicas realizadas por los médicos adscritos al servicio de Urgencias, a las 03:41 y 11:00 horas, del 4 de junio de 2020, se mencionó que se había logrado la intubación orotraqueal, por lo que V, se encontraba en sedación, con apoyo mecánico ventilatorio y continuaba con deterioro en su estado de salud, sin mejoría al tratamiento implementado de forma

⁴⁴ Estado de depresión completa de la vigilia, del que el paciente puede ser despertado solo con estímulos intensos.

⁴⁵ NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. Diario Oficial de la Federación 04/09/2013.



conservadora y necesidad de urgencia dialítica y en la misma fecha se registró el traslado para valoración por el servicio de Nefrología.

B.2 Inadecuada atención médica de AR7 y AR8 en el HE-2/UMAE, al haber omitido su hospitalización e inicio de diálisis peritoneal urgente y haber realizado su regreso al HGR-1

73. En la “nota de valoración por Nefrología” del HE-2/UMAE, realizada a las 15:20 horas del 4 de junio de 2020, suscrita por AR7 mencionó que V, se encontraba en malas condiciones generales, hemodinámicamente inestable por lo que “...no era candidato para recibir terapia de reemplazo renal con hemodiálisis intermitente debido al alto riesgo de descompensación...”, sugiriendo continuar tratamiento conservador con medidas anti-hiperkalémicas y reposición de bicarbonato, no obstante que dicho manejo ya había sido intentado por los médicos del HGR-1, sin obtener mejoría, y según el médico especialista adscrito a este Organismo Nacional, se contaban con criterios objetivos para el inicio urgente de terapia de sustitución renal, ya que si bien es cierto existían contraindicaciones para hemodiálisis según el criterio del nefrólogo, también era cierto que debía haberse iniciado la diálisis peritoneal en agudo.

74. En la nota de evolución del servicio de admisión continua, realizada a las 23:50 horas del 4 de junio de 2020, AR8 mencionó que el paciente ya había sido valorado por el servicio de Nefrología, sin posibilidad para manejo con hemodiálisis, que continuaba en malas condiciones generales con necesidad de manejo de urgencia y que sería trasladado al HGR 1 para continuar seguimiento.



75. Al respecto, en la Opinión Médica emitida por el especialista de este Organismo Nacional se estableció que AR7 y AR8 incurrieron en mala práctica médica al no haber hospitalizado al paciente para el inicio del tratamiento de diálisis peritoneal urgente que requería; así como por haber realizado el regreso de V, al HGR-1 en condiciones de gravedad por las que cursaba, con lo que contravinieron lo establecido en el artículo 5 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se establece el deber del Instituto de otorgar *“...atención médica de urgencia al derechohabiente en cualquiera de sus unidades médicas que cuenten con este servicio, independientemente de su adscripción, hasta su estabilización, egreso o posibilidad de traslado o referencia a la unidad que, por la complejidad de su padecimiento y por la zonificación de los servicios, le corresponda...”*; así como el ya mencionado artículo 7 del mismo Reglamento.

B.3 Atención médica otorgada a V, en el HGR-1 a su reingreso el 5 de junio de 2020

76. El reingreso hospitalario al HGR-1, se registró a las 2:40 horas del 5 de junio de 2020, y PSP6 refirió en su nota que recibió a V en muy malas condiciones generales, con inestabilidad hemodinámica, tensión arterial indetectable, frecuencia cardiaca con tendencia a la bradicardia y saturación de oxígeno por oximetría capilar menor a 70%, asimismo, tras la realización de una gasometría arterial, corroboró acidosis metabólica grave, además, mencionó que V había presentado un paro cardiorrespiratorio que fue manejado con reanimación cardiopulmonar avanzada por tres ciclos y administración de epinefrina con retorno a la circulación, sin embargo, persistía la inestabilidad hemodinámica.



77. El 05 de junio de 2020, V fue valorado por el servicio de Cirugía General a través de interconsulta, en la nota médica suscrita por PSP7 mencionó que el motivo de la misma era el diagnóstico “...probable de pie diabético Wagner IV...”, describiendo de la exploración física al paciente, la presencia de un cuadro de necrosis seca a nivel de talón, sugiriendo mejorar las condiciones clínicas en cuanto al aspecto hemodinámico y metabólico, ya que mencionó estar cursando con “falla multiorgánica”.

78. A las 15:30 horas del 5 de junio de 2020, posterior a un segundo evento de paro cardiorrespiratorio, sin éxito a las maniobras de reanimación cardiopulmonar, se decretó el fallecimiento de V, mencionando como causas de muerte por PSP8: síndrome urémico de cinco días de evolución; sepsis de 5 días de evolución; infección de tejidos blandos de ocho días; enfermedad renal crónica de 4 meses y diabetes mellitus tipo II de 10 años.

79. Es por ello que, el especialista médico, adscrito a esta Comisión Nacional, determinó que el abordaje diagnóstico y terapéutico del síndrome urémico y la sepsis grave secundaria a infección severa del pie diabético de V, fue inadecuado, permitiendo el desarrollo de diversas complicaciones (acidosis metabólica severa, hiperkalemia severa, retención hídrica, choque séptico y falla multiorgánica) por falta del tratamiento adecuado y específico como lo era el manejo quirúrgico urgente del pie diabético y la diálisis peritoneal, por lo que la mala práctica médica del personal de salud antes referido, contribuyó en el deterioro del estado de salud de V, y en su posterior fallecimiento.

80. Por tanto, con su actuar, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, personal médico del servicio de Urgencias del HGR-1 y AR7 Y AR8, adscritos al Servicio de



Nefrología del HE-2/UMAE, que atendieron a V, entre el 1 y el 5 de junio de 2020, vulneraron en su perjuicio su derecho humano a la protección de la salud por inadecuada atención médica, transgrediendo lo 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, lo cual a su vez contribuyó a su fallecimiento, como a continuación se describirá.

C. Derecho a la Vida

81. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 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.

82. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes



se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.⁴⁶

83. La CrIDH ha considerado que *“el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce pleno es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos (). Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones necesarias para que no se produzcan violaciones de ese derecho inalienable, así como el deber de impedir que sus agentes, o particulares, atenten contra el mismo. El objeto y propósito de la Convención, como instrumento para la protección del ser humano, requiere que el derecho a la vida sea interpretado y aplicado de manera que sus salvaguardas sean prácticas y efectivas (effet utile).”*⁴⁷

84. 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 por el gremio clínico como referentes que regulan el actuar profesional; en ese sentido, destacan la *“Declaración de Ginebra”* adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948, el *“Código Internacional de Ética Médica”* adoptado por la Asociación Médica Mundial en 1949 y la *“Declaración de Lisboa”* adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1981 como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos de preservar la vida de sus pacientes.⁴⁸

⁴⁶ CNDH. Recomendaciones 6/2021, párr. 60; 35/2020, párr. 90; 73/2018, párr. 69; 1/2018 párr. 59; 66/2016, párr. 34; 47/2016, párr. 61 y 35/2016. párr. 180.

⁴⁷ *“Caso Zambrano Vélez y otros vs Ecuador”*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 4 de julio de 2017, párr. 78 y 79.

⁴⁸ CNDH. Recomendaciones 6/2021, párr. 62; 35/2020 párr. 92; 73/2018, párr. 71; 1/2018, párr. 61; 56/2017, párr.76; 50/2017, párr. 66; 66/2016, párr. 36; y 47/2016, párr.63.



85. La SCJN ha determinado que: *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no solo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) existe transgresión al 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 (...)”*.⁴⁹

86. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V, por el personal médico de los servicios de Urgencias del HGR-1 y Nefrología del HE-2/UMAE, deben ser reproducidas como soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida de V.

87. Esta Comisión Nacional observó una inadecuada atención médica en agravio de V, por parte de los médicos adscritos al Servicio de Urgencias del HGR-1, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, de quien además se desconoce el nombre ya que no se especificó, así como su especialidad, matrícula ni cédula profesional, quienes incurrieron en mala práctica médica al no solicitar la valoración urgente por los servicios de Cirugía General, Cirugía Vasculuar y Medicina Interna, ante el diagnóstico de “pie diabético infectado, severo, con presencia de gas a nivel de la lesión”; acción sugerida por la bibliografía médica especializada y la Guía de Práctica Clínica “Manejo integral del pie diabético en adultos en el segundo nivel de atención”; con lo que contravinieron lo establecido en los artículos 32 y 33 fracción

⁴⁹ SCJN. “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, enero de 2011, Pág. 24



II de la Ley General de Salud; así como artículo 8, fracciones II y III, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

88. Además, quedó acreditado por esta Comisión Nacional, que, AR2, AR3, AR4 y AR6; incurrieron en mala práctica médica al no instaurar de forma inmediata la diálisis peritoneal y hemotransfusión que requería el paciente, independientemente de su situación de derechohabencia en un contexto de “urgencia médica”; según lo establecido en las Guías de Práctica Clínica “Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica en el segundo y tercer nivel de atención” y “Evaluación, diagnóstico y tratamiento de anemia secundaria a enfermedad renal crónica”, contraviniendo lo establecido en los artículos 32 y 33 fracción II de la Ley General de Salud; así como artículo 8, fracciones II y III, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

89. Por su parte AR6, incurrió en mala práctica médica al haber indicado el traslado del paciente a otra unidad médica cuando su situación era de gravedad, requiriendo de tratamiento de urgencia con fines de estabilización, transgrediendo así, lo establecido en el artículo 117 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social; además de existir corresponsabilidad por parte de las autoridades administrativas del citado nosocomio de acuerdo a lo estipulado en el artículo 7 del citado Reglamento.

90. En el mismo sentido, en la Opinión Médica emitida por el especialista de este Organismo Nacional, se advirtió que la atención médica proporcionada a V, en el HE-2/UMAE, fue inadecuada para su padecimiento, en virtud de que AR7 y AR8,



incurrieron en mala práctica médica, al no haber hospitalizado al paciente para el inicio del tratamiento de diálisis peritoneal urgente que requería según lo establecido en la Guía de Práctica Clínica “Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica en el segundo y tercer nivel de atención”, así como haber realizado el regreso de V, al HGR-1, en condiciones de gravedad por las que cursaba.

91. Además, con su actuar AR7 y AR8, incumplieron lo dispuesto en los artículos 32 y 33 fracción II de la Ley General de Salud; con el artículo 8, fracciones II y III, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; así como en los artículos 5 y 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

92. Por ello, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 incurrieron en violación al derecho a la vida de V, toda vez que el abordaje terapéutico del síndrome urémico y la sepsis grave secundaria a infección severa del pie diabético fue inadecuado, permitiendo el desarrollo de diversas complicaciones por falta del tratamiento adecuado y específico como lo era el manejo quirúrgico urgente del pie diabético y la diálisis peritoneal, siendo que su mala práctica médica, contribuyó en el deterioro del estado de salud del paciente, y en su posterior fallecimiento, con lo que se transgredió lo señalado en los artículos 1º, párrafo primero y 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 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.

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

93. 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.

94. 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.⁵⁰

95. 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.*”⁵¹

96. 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

⁵⁰ CNDH. Recomendaciones: 28/2021, párr. 102; 6/2021, párr. 78; 5/2021, párr. 64, entre otras.

⁵¹ 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.



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.”

97. En la Recomendación General 29 “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, esta Comisión Nacional consideró que “la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”⁵²

98. También se ha establecido en diversas Recomendaciones 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.⁵³

⁵² CNDH. Del 31 de enero de 2017, párr. 35.

⁵³ 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., Recomendación, 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67, y 33/2016, párr. 105,



99. Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-Del Expediente Clínico, en la que se describe la 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, la 51/2021, 52/2020, 45/2020, 44/2020, 43/2020, 42/2020, 35/2020, 23/2020, 16/2020, 33/2019 y 26/2019.

D 1. Inadecuada integración del Expediente Clínico en el HGR-1

100. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, particularmente en el expediente clínico de V, formado por su atención el HGR-1, se advirtieron algunas notas médicas sin el nombre completo, ni firma autógrafa del médico quien las elaboró; así como haber omitido algunas fechas y horas de su realización, vulnerando el numeral 5.10 de la NOM-Del Expediente Clínico, que establece los requisitos que deben tener las notas que integran el expediente clínico de las y los pacientes, entre otros, fecha, hora, nombre completo de quien la elabora, firma, sin abreviaturas y ser legibles.

101. Las omisiones anteriores, también contribuyeron a que este Organismo Nacional no logrará identificar el nombre de AR5, adscrito al HGR-1 del IMSS, por ello, ese Instituto deberá verificar el nombre completo y el servicio de cada uno de los médicos que atendió a V, durante su estancia en dicho nosocomio, a fin de deslindar las responsabilidades correspondientes, atendiendo a las omisiones señaladas en el capítulo de observaciones y análisis de las pruebas del presente documento.



102. 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 de la 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.

E. Responsabilidad

E.1. Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas

103. Tal como ha quedado acreditado en la presente Recomendación la responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, como médicos tratantes de V, cuyo abordaje diagnóstico y terapéutico del síndrome urémico y la sepsis grave secundaria a infección severa del pie diabético fue inadecuado, permitiendo el desarrollo de diversas complicaciones tales como acidosis metabólica severa, hiperkalemia severa, retención hídrica, choque séptico y falla multiorgánica, por falta de un tratamiento adecuado y específico como lo era el manejo quirúrgico urgente del pie diabético y la diálisis peritoneal, incurriendo en mala práctica médica, lo que contribuyó al deterioro de su estado de salud y posterior fallecimiento.

104. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, 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 que 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 y análisis de las pruebas del presente documento en el caso de V, no aconteció.

105. Por lo que hace a las irregularidades detectadas en el expediente clínico de V, en el HGR-1 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.

106. Consecuentemente, este Organismo Nacional considera que existen evidencias suficientes para determinar que la conducta por omisión atribuida a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 y de acción a AR6, evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, puesto que incumplieron de manera respectiva, con las obligaciones contenidas en el artículo 7, fracciones I y II, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que establecen de forma genérica, que todos



los servidores públicos 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 que rigen el servicio público; y que, 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. Si bien es cierto que, 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 en el caso concreto no aconteció.

107. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, 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 denuncia administrativa ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, en cuya investigación se tomen en cuenta las evidencias y argumentación referidas en la presente Recomendación.

108. Adicionalmente, esta Comisión Nacional remitirá copia al Agente del Ministerio Público que conoce la denuncia presentada por QVI para que en el ámbito de su competencia considere los argumentos vertidos por este Organismo Nacional en el trámite de la indagatoria.

E.2. Responsabilidad institucional

109. Este Organismo Nacional advierte con preocupación que el IMSS, independientemente de las responsabilidades particulares de personas servidoras públicas señaladas en la presente determinación, también se incurrió en responsabilidad institucional, toda vez que negó a V, la atención médica de Urgencias que requería (diálisis en agudo, hemotransfusión y manejo quirúrgico del pie diabético), bajo el argumento de que no contaba con vigencia de derechos e incluso, se elaboró nota de traslado a un hospital de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora, en contravención a lo dispuesto en el artículo 117 del Reglamento que menciona Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, que señala la obligación de otorgar atención médica de urgencia a los no derechohabientes, y una vez que se comprobó su situación, fue remitido al HE-2/UMAE, en donde sin importar la situación de urgencia que presentaba, fue regresado al nosocomio de origen, en muy malas condiciones de salud.

110. Asimismo, no pasa inadvertido para esta Comisión Nacional, que el 3 de junio de 2020, durante la estancia de V en el HGR-1, según las notas médicas de esa fecha, requirió manejo avanzado de la vía aérea a través de intubación orotraqueal, sin embargo, al no contar con el material necesario para el procedimiento (laringoscopio sin luz), se tuvo que suspender, dejando al paciente con mascarilla y oxígeno suplementario, inobservando con lo anterior lo señalado en el artículo 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que indica que los servicios de Urgencias de cualquier hospital, deberán contar con los recursos suficientes e idóneos de acuerdo a las normas oficiales mexicanas, así como a la NOM Regulación de los servicios de salud.



111. En ese sentido, el artículo 7, párrafo primero y tercero del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, establece 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 en tanto que el propio IMSS, será corresponsable con el personal referido.

F. Reparación Integral del Daño y Formas de Dar Cumplimiento

112. 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, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

113. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 73, 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII,



130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y, en consecuencia a la vida de V, se deberá inscribir a QVI, a fin de que tenga acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

114. Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”* de las Naciones Unidas, así como diversos criterios de la CrIDH, ya que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de 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.

115. Asimismo, el Instituto Mexicano del Seguro Social, deberá solicitar a la CEAV la asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de QVI, 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

116. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas y a sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62 de la Ley General de Víctimas, así como del artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

117. En el presente caso, de conformidad con la Ley General de Víctimas, el IMSS deberá proporcionar a QVI la atención psicológica y tanatológica que requiera, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas.

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

b) Medidas de Compensación

119. 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 e 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”.⁵⁴

120. 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.

121. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QV, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que este acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a favor de QV, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; 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.

⁵⁴ Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), Párrafo 90.



c) Medidas de Satisfacción

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

123. 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 denuncia administrativa que este Organismo Nacional presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 Y AR8, a fin de que se inicie el procedimiento administrativo que corresponda en contra de las personas servidoras públicas, por los hechos narrados en la presente Recomendación, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho corresponda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento del punto recomendatorio tercero.

d) Medidas de no repetición

124. 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.



125. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del IMSS, impartan en el plazo de seis 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 a la salud, así como la debida observancia y contenido de la NOM-Del Expediente Clínico y NOM-Regulación de los servicios de salud, a todo el personal médico del HGR-1 y del HE2/UMAE, del IMSS involucrado en la atención brindada a la agraviada, en particular a AR1, AR2, AR6, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, 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 cuarto recomendatorio.

126. Asimismo, en el plazo de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal del Hospital HGR-1 y del HE2/UMAE, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, a fin de 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 y la observancia de la NOM Regulación de los servicios de salud, que señala los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica por parte de la Institución, a fin de que se garanticen los recurso materiales necesarios para el desempeño de sus funciones, con el objeto de evitar la repetición de los hechos que originaron la emisión de la presente Recomendación.

127. Adicionalmente, se deberá emitir en el término de un mes a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, otra circular dirigida al personal directivo y médico tanto del HGR-1 como del HE2/UMAE, en la que se les instruya el cabal cumplimiento de lo establecido en el artículo 117 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, que señala el deber de proporcionar atención médica de urgencia a los no derechohabientes en cualquiera de sus unidades médicas, por lo que deberán de abstenerse de negar la atención médica o enviar a otras unidades médicas, por cuestiones de derechohabientes o vigencia de derechos, a los pacientes que requieran un tratamiento de urgencia con fines de estabilización y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento de los puntos quinto y sexto recomendatorio.

128. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos le formula a usted Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, respetuosamente, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QV, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que este acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a favor de QV, que incluya la medida de compensación, en términos de la



Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. 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 y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas, así como proveerle de los medicamentos convenientes a su situación, en caso de requerirlos. 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. Se colabore ampliamente en la presentación y seguimiento de la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que se inicie el procedimiento administrativo que corresponda en contra de las personas servidoras públicas, por los hechos narrados en la presente Recomendación, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho corresponda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Se imparta en el término de seis meses, contados 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 las Normas



Oficiales Mexicanas citadas en esta Recomendación, a todo al personal médico del HGR-1 y del HE-2/UMAE del IMSS involucrados en la atención brindada al agraviado, en particular a AR1, AR2, AR6, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8; el cual deberá ser efectivo 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; para lo cual, deberá enviar a esta Comisión Nacional las constancias de su impartición, en las que se incluya los manuales y contenido de dichos cursos, el registro de los participantes, temario del curso, evaluaciones, constancias y/o diplomas otorgados, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y evaluaciones.

QUINTA. Gire las instrucciones correspondientes para que en el término de un mes, contados a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida al personal de los hospitales involucrados en la presente Recomendación, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, a fin de 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-DeI Expediente Clínico y la observancia de la NOM Regulación de los servicios de salud, que señala los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica por parte de la Institución, a fin de que se garanticen los recurso materiales necesarios para el desempeño de sus funciones; hecho lo anterior, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento.



SEXTA. Gire las instrucciones respectivas para que en el término de un mes, contados a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida al personal directivo y médico tanto del HGR-1 como del HE2/UMAE, en la que se les instruya el cabal cumplimiento de lo establecido en el artículo 117 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, que señala el deber de proporcionar atención médica de urgencia a los no derechohabientes en cualquiera de sus unidades médicas, por lo que deberán de abstenerse de negar la atención médica o enviar a otras unidades médicas, por cuestiones de derechohabientes o vigencia de derechos, a los pacientes que requieran un tratamiento de urgencia con fines de estabilización, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEPTIMA. Se designe a la persona servidora pública de alto nivel de decisión 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.

129. 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 tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

130. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación.

131. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

132. 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 solicitará 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

BVH