



RECOMENDACIÓN NO. 177 /2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE V, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI1, QVI2 Y QVI3 ATRIBUIBLES A PERSONAL DEL HOSPITAL GENERAL “DR. SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN DURANGO.

Ciudad de México, a 29 de septiembre de 2023

**DR. PEDRO MARIO ZENTENO SANTAELLA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

Apreciable 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; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2022/3752/Q**, relacionado con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6o., apartado A, fracción II, de la Constitución

Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4, 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 último párrafo, así como 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 1, 6, 7, 16, 17 y 18, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas son las siguientes:

Denominación	Claves
Víctima	V
Quejosa Víctima Indirecta	QVI
Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones, dependencias, instancias de gobierno y normatividad en la materia, se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV o Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional o CNDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Guillain Barré en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, IMSS-089-09	GPC-Síndrome de Guillain Barré
Hospital General “Dr. Santiago Ramón y Cajal”, en Durango, Durango	HG-SRC
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE
Ley General de Salud	LGS
Ley General de Víctimas	LGV
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

5. Antes de entrar al análisis y estudio de las pruebas que obran en el expediente de queja **CNDH/1/2022/3752/Q**, esta Comisión Nacional estima conveniente precisar que, si bien los actos violatorios de derechos humanos ocurrieron en el año 2019, y que fue hasta el 20 de febrero de 2022, que QVI1, QVI2 y QVI3 presentaron su inconformidad,

resulta procedente la integración del expediente de queja, la investigación de las violaciones a derechos humanos y la presente determinación, de acuerdo con el principio *pro persona* y con los estándares internacionales y nacionales en materia de derechos humanos; en virtud de tratarse de la afectación al derecho a la vida de V, y ser este el derecho humano indispensable para el disfrute de otros derechos; por lo cual, este Organismo Nacional considera oportuno pronunciarse en el presente caso.

I. HECHOS

6. El 20 de febrero de 2022, QVI1, QVI2 y QVI3 interpusieron una queja ante esta Comisión Nacional, en la que señalaron que el 24 de diciembre de 2019, su familiar V ingresó al servicio de Urgencias del HG-SRC del ISSSTE, en Durango, Durango, por presentar debilidad progresiva en sus extremidades, visión borrosa, dificultad para mover los músculos de la cara y arreflexia¹, por lo que informaron a personal médico de Urgencias que tales síntomas se relacionaban con una crisis del síndrome de Guillain Barré² en su variante Miller Fisher³ (caracterizado por ataxia⁴, oftalmoplejía⁵ y arreflexia), el cual ya había sufrido en 2015; sin embargo, a V únicamente le aplicaron suero y ordenaron la realización de un estudio de tomografía.

7. El 25 de diciembre de 2019, personal médico de Urgencias informó a QVI1 que la tomografía que le realizaron a V fue para descartar alguna hemorragia interna, y debido

¹ Ausencia de reflejos o movimientos inconscientes que se realizan al recibir un estímulo externo.

² Enfermedad paralizante progresiva o recurrente y remitente, de tipo autoinmune, que afecta nervios periféricos y raíces nerviosas de la médula espinal.

³ La variante de Miller Fisher es una forma rara de síndrome de Guillain-Barré (SGB), que es un trastorno autoinmune en el que el sistema inmunológico del cuerpo ataca los nervios periféricos.

⁴ Trastorno motor que se caracteriza por una falta de coordinación en la realización de movimientos voluntarios que altera su velocidad y precisión.

⁵ Produce la incapacidad para mover voluntariamente el globo ocular.

a que no se había encontrado alguna, sólo estaba en espera de que autorizaran el medicamento denominado inmunoglobulina⁶ que requería, el cual le fue suministrado en la madrugada del 26 de diciembre de 2019. Alrededor de las 04:00 horas, V empezó a tener dificultad para respirar, por lo que fue valorado por el servicio de Neurología; sin embargo, únicamente le aplicaron mayor dosis del fármaco citado.

8. Posteriormente, V continuó con complicaciones en su estado de salud, por tanto se le brindó respiración artificial; no obstante, a la **Fecha y Hora**, V falleció, indicándose como causa de su deceso, según acta de defunción: “síndrome de Guillain Barré”.

9. Derivado de lo anterior, QVI1, QVI2 y QVI3 manifestaron su deseo de que se investigaran y sancionaran las violaciones a los derechos humanos en agravio de V, al considerar que el fallecimiento de V derivó de la indebida e inoportuna atención médica que recibió; además, solicitaron se iniciara y diera seguimiento a la denuncia correspondiente ante el OIC-ISSSTE, y se implementaran las acciones preventivas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos.

10. Con motivo de lo anterior, esta Comisión Nacional radicó el expediente de queja **CNDH/1/2022/3752/Q**, y con el fin de analizar probables violaciones a derechos humanos, se obtuvo copia del expediente clínico de V, con informes de su atención médica brindada en el HG-SRC, cuya valoración lógica-jurídica será objeto de estudio en el apartado de “Observaciones y análisis de las pruebas” de la presente Recomendación.

⁶ Medicamento que confiere inmunidad.

II. EVIDENCIAS

11. Escrito de queja presentado por QVI1, QVI2 y QVI3, ante este Organismo Nacional el 20 de febrero de 2022, en la que narraron la inadecuada atención médica que V recibió en el HG-SRC del ISSSTE, del 24 al 27 de diciembre de 2019, también remitieron el acta de defunción de V, en la que se estableció el síndrome de Guillain Barré como causa de su fallecimiento.

12. Correo electrónico del 2 de agosto de 2022, mediante el cual se recibió copia del oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/4616-1/22, del 28 de julio de 2022, con el que ISSSTE remitió a esta Comisión Nacional copia del expediente clínico de V generado en el HG-SRC del ISSSTE; así como de otros documentos, entre los que destacan por su importancia, los siguientes:

12.1. Hoja de Urgencias de las 17:11 horas del 24 de diciembre de 2019, en la que AR1, médico adscrito al servicio de Urgencias, estableció que V acudió a dicha área por dolor de cabeza, malestar general, debilidad de miembros pélvicos y torácicos con parestesias⁷, así como dificultad para deambular; a la revisión presentó dificultad para respirar y deglutir⁸, por lo que integró el diagnóstico de síndrome de Guillain Barré e indicó manejo con soluciones cristaloides, analgésicos, esteroides dosis única, protectores de la mucosa gástrica, y solicitó estudios de laboratorio, rayos X de tórax y electrocardiograma.

12.2. Hoja de órdenes médicas de las **Narraciones de hechos muy detalladas muy**, en la que AR1 señaló el tratamiento médico que se le debía proporcionar a V;

⁷ Sensación de hormigueo o pinchazos, generalmente temporal.

⁸ Pasar alimentos de la boca al estómago.

también ordenó su ingreso a observación de adultos y que se vigilaran los datos de dificultad respiratoria.

12.3. Nota de valoración de Urgencias de las **Narraciones de hechos muy detalladas**, en la que PSP1 reportó a V a la exploración física, bradipsiquia⁹ y debilidad de las extremidades inferiores, con valoración de fuerza 5/5 en escala de Daniels¹⁰, razón por la que solicitó Tomografía Axial Computarizada de cráneo y revalorar con resultados para descartar lesión en el sistema nervioso central.

12.4. Nota médica de las **Narraciones de hechos muy detalladas muy**, en la que personal médico del servicio de Medicina Interna, cuyos datos se desconocen por no asentarse en la nota médica, pero que se identificará como AR2, asentó que V reportó resultados de Tomografía Axial Computarizada sin evidencia aparente de zonas isquémicas¹¹ o hemorrágicas¹²; clínicamente con somnolencia¹³ e hiporreactividad¹⁴ al medio, sin evidencia de compromiso ventilatorio y abdominal, por lo que ordenó su ingreso a piso para continuar manejo y evaluación por Neurología.

12.5. Nota de valoración de Urgencias de las **Narraciones de hechos muy detalladas**, en la que PSP1 refirió a V a la exploración física, somnoliento, reactivo a estímulos, reflejos pupilares presentes, área cardíaca y pulmonar sin alteraciones, con fuerza contra empuje y sensibilidad en extremidades [sin especificar cuáles] e

⁹ Lentitud anormal de las reacciones psíquicas, mentales o de pensamiento.

¹⁰ Herramienta para medir la fuerza de los músculos en el cuerpo humano.

¹¹ Reducción de flujo sanguíneo.

¹² Pérdida de sangre.

¹³ Exceso de sueño.

¹⁴ Falta de reacción.

integró el diagnóstico de probable síndrome de Guillain Barré, sin modificar el tratamiento establecido.

12.6. Hojas de evolución y de órdenes médicas del 25 de diciembre de 2019, en las que PSP1 reportó a V con cuadro de disminución de fuerza en extremidades, con abolición de reflejos, con disfonía¹⁵, con disminución de la fonación y somnoliento; además ordenó iniciar tratamiento con inmunoglobulina humana.

12.7. Hoja de evolución de las 18:30 horas del 26 de diciembre de 2019, elaborada por personal del servicio de Neurología, cuyos datos se desconocen por no asentarse en la nota médica, pero se identificará como AR3, quien a la exploración física refirió a V neurológicamente alerta, tranquilo con dificultad de lenguaje y manejo de secreciones, tetraparesia¹⁶ de predominio braquial¹⁷, además interrogó a V e integró el diagnóstico de polirradiculoneuritis¹⁸, tipo de síndrome de Guillain Barré, por lo que indicó colocación de sonda nasogástrica¹⁹ y sonda Foley²⁰, hidroterapia²¹ y prescribió inmunoglobulina, entre otros fármacos.

12.8. Nota médica de defunción de las 02:15 horas del **Fecha**, en la que PSP2, médica del servicio de Medicina Interna, asentó que V presentó desaturación de hasta 74%, tensión arterial 223/103 mmHg, por lo que se le

¹⁵ Pérdida del timbre normal de la voz por trastorno funcional u orgánico de la laringe.

¹⁶ Afectación en la que las cuatro extremidades de la persona paciente sufren debilidad muscular.

¹⁷ Músculo en la articulación del codo.

¹⁸ Inflamación de múltiples nervios periféricos y de las raíces nerviosas espinales.

¹⁹ Tubo habitualmente de plástico, hule, silicona o PVC que se introduce a través de la nariz hasta el estómago pasando por el esófago.

²⁰ Sonda suave de plástico o caucho que se introduce en la vejiga para vaciarla de orina.

²¹ Solución mixta más cloruro de potasio.

suministró nitroglicerina²² en infusión y por sonda nasogástrica, sin que mejorara la tensión arterial; de igual manera, se realizó intubación de V y se conectó a ventilador, sin mejoría a pesar de parámetros altos presentó paro cardíaco, por lo que se proporcionó manejo sin éxito y se señaló que V falleció a las **Narraci** por síndrome de Guillain Barré.

13. Opinión Médica del 10 de abril de 2023, en la que personal de este Organismo Nacional concluyó que la atención médica que se le brindó a V en el HG-SRC del ISSSTE fue inadecuada y que existieron omisiones a la NOM-Del Expediente Clínico.

14. Correo electrónico del 10 de agosto de 2023, mediante el cual el ISSSTE remitió copia del oficio número DEISE/SAD/JSCDQR/DAQMA/4683-1/2023, en el que informó que QVI1, QVI2 y QVI3 interpusieron procedimiento de Responsabilidad Patrimonial del Estado y que se encontraba en trámite.

15. Correo electrónico de 22 de agosto de 2023, mediante el cual se recibió copia del escrito signado por QVI1 del 21 de agosto de 2023, en el que informó a esta Comisión Nacional que por los hechos motivo de su inconformidad no presentó alguna denuncia ante la Fiscalía General de la República ni queja ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; no obstante, el 23 de diciembre de 2021 QVI1, QVI2 y QVI3 presentaron Reclamación por Responsabilidad Patrimonial del Estado ante el ISSSTE, por lo que remitió los siguientes documentos:

15.1. Resolución definitiva del Juicio de Nulidad, emitida por la Sala Regional Norte-Centro III y Auxiliar del Tribunal Federal de Justicia Administrativa, en Victoria

²² Medicamento de tipo vasodilatador, que funciona al relajar los vasos sanguíneos para que el corazón no trabaje tan duro y por consiguiente, no necesite tanto oxígeno.

de Durango, Durango.

15.2. Sentencia del Juicio de Amparo Directo Administrativo, emitida por el Primer Tribunal Colegiado del Vigésimo Quinto Circuito en Victoria de Durango, Durango.

15.3. Sentencia del Recurso de Revisión Fiscal, emitida por el Primer Tribunal Colegiado del Vigésimo Quinto Circuito en Victoria de Durango, Durango.

15.4. Acuerdo del Juicio de Nulidad de **Narraciones de hechos** emitido por la Sala Regional Norte-Centro III y Auxiliar del Tribunal Federal de Justicia Administrativa, en Victoria de Durango, Durango, en el que se plasmó que la sentencia causó ejecutoria, por lo que se le ordenó al ISSSTE que dentro del plazo de cuatro meses cumpla con el fallo pronunciado en ese juicio.

16. Correo electrónico enviado por personal de esta CNDH el 8 de septiembre de 2023, a través del cual remitió al ISSSTE copia del oficio número 057108, por el que se solicitó se informara si AR1, AR2 y AR3 continuaban activos en ese Instituto.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

17. Esta Comisión Nacional tuvo conocimiento de que el 23 de diciembre de 2021, QVI1, QVI2 y QVI3 presentaron Reclamación por Responsabilidad Patrimonial del Estado ante la Delegación del ISSSTE en Durango.

18. El 17 de marzo de 2022 notificaron a QVI1, QVI2 y QVI3 el oficio 600.602RPEA/AOM/67/2022, del 15 de febrero de 2022, mediante el cual el ISSSTE

desechó de plano la Reclamación por Responsabilidad Patrimonial del Estado promovida.

19. El 3 de mayo de 2022, QVI1, QVI2 y QVI3 presentaron Juicio de Nulidad ante la Sala Regional Norte-Centro III y Auxiliar del Tribunal Federal de Justicia Administrativa, en Victoria de Durango, Durango, en contra de la resolución contenida en el oficio 600.602RPEA/AOM/67/2022.

20. El 14 de noviembre de 2022 se dictó sentencia en el Juicio de Nulidad promovido por QVI1, QVI2 y QVI3, en la que se determinó que se probó la pretensión y se declaró la nulidad de la resolución impugnada; en virtud de ello, la autoridad jurisdiccional ordenó que se admitiera la Reclamación por Responsabilidad Patrimonial del Estado y se resolviera dentro de los siguientes cuatro meses.

21. El **Narraciones de hechos** QVI1, QVI2 y QVI3 interpusieron Juicio de Amparo Directo Administrativo ante el Primer Tribunal Colegiado del Vigésimo Quinto Circuito en Victoria de Durango, Durango, siendo el acto reclamado la sentencia del párrafo que precede. Por su parte, el ISSSTE interpuso Recurso de Revisión Fiscal contra la misma resolución y ante la misma instancia.

22. El 12 de mayo de 2023, el Primer Tribunal Colegiado del Vigésimo Quinto Circuito en Victoria de Durango, Durango resolvió el Juicio de Amparo Directo Administrativo y el Recurso de Revisión Fiscal, en los que determinó que no amparaba ni protegía a QVI1, QVI2 y QVI3 y el desechamiento por improcedente, respectivamente.

23. El 5 de junio de 2023, le notificaron a QVI1, QVI2 y QVI3 que la sentencia del Juicio de Nulidad causó ejecutoria, por lo que se ordenó al ISSSTE que se admitiera la

Reclamación por Responsabilidad Patrimonial del Estado y se resolviera dentro de los siguientes cuatro meses.

24. Por otra parte, esta Comisión Nacional no tuvo a la vista constancias que permitieran establecer que se hubiese iniciado alguna queja en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en su caso, procedimiento administrativo ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE y/o carpeta de investigación ante la Fiscalía General de la República, relacionados con el deceso de V.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

25. Del análisis realizado a los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2022/3752/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI1, QVI2 y QVI3, atribuibles a personas servidoras públicas adscritas al HG-SRC del ISSSTE en Durango, en razón de las siguientes consideraciones:

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

26. 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 nivel²³, reconociendo el artículo 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección.

27. Así mismo, la SCJN ha establecido que:

*El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...).*²⁴

28. El párrafo 1 de la Observación General 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, reconoce que la salud es “un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.”²⁵.

29. Por otro lado, el párrafo primero del artículo 25, de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado

²³ CNDH, Recomendaciones: 1/2023, párrafo 34; 158/2022, párrafo 31; 156/2022, párrafo 22; 92/2022, párrafo 18; 71/2021, párrafo 41; 6/2021, párrafo 25; 35/2020, párrafo 33; 23/2020, párrafo 36; 80/2019, párrafo 30; 47/2019, párrafo 34; 26/2019, párrafo 36; 77/2018, párrafo 16; 1/2018, párrafo 17; 56/2017, párrafo 42; 50/2017, párrafo 22; 66/2016, párrafo 28; así como, 14/2016, párrafo 28, entre otras.

²⁴ Tesis 1ª./J.50/2009, “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD”, *SEMENARIO JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN Y SU GACETA*, Novena época, tomo XXIX, abril de 2009, página 164, registro digital 167530.

²⁵ Aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, en su 22º periodo de sesiones, celebradas del 25 de abril al 12 de mayo de 2000.

que le asegure, (...) la salud (...) y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

30. Esta Comisión Nacional determinó en su Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, que:

(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad y calidad.²⁶

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

32. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal tienen una importante participación en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda 2030, en nuestro país²⁷. En el presente asunto se considera el Objetivo tercero, consistente en: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos a todas las edades”.

²⁶ Emitida en fecha 23 de abril de 2009, página 16.

²⁷ Resolución 70/1 de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.

33. En los artículos 10.1 y 10.2, con sus 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 el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social; por ello, el Estado debe adoptar medidas para garantizarlo. La CrIDH en el *Caso Vera Vera y otra vs Ecuador*²⁸, consideró que: “Los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana”.

34. En el presente caso, de las evidencias analizadas se advirtió que AR1, AR2 y AR3, personal del HG-SRC del ISSSTE, omitieron brindar a V la atención médica adecuada en su calidad de garante que les obligan los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, 48 del Reglamento de la LGS; así como 8, 22 y 23 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, vigentes al momento de los hechos, lo que incidió en la vulneración a su derecho humano a la protección a la salud y a la vida, como se analizará a continuación en sus antecedentes clínicos.

A.1. Antecedentes clínicos de V

35. V, **Narración** contaba con antecedente de ser diagnosticado en 2015 con síndrome Guillain Barré en su variante Miller Fisher, y como consecuencia de una agudización en ese mismo año, requirió el manejo con inmunoglobulinas, por lo que fue necesaria la ventilación mecánica asistida, traqueostomía²⁹ con seguimiento intra y extrahospitalario. Del 2016 al 2018 llevó terapia física y rehabilitación por secuelas de tetraparesia³⁰; con

²⁸ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

²⁹ Abertura en frente del cuello que se hace durante un procedimiento de emergencia para poder respirar.

³⁰ Afección en la que las cuatro extremidades de la persona paciente sufren de debilidad muscular.

movilidad parcial y con seguimiento en el servicio de Neurología del HG-SRC.

A.2. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V

36. El **Narraciones de hechos muy**, V ingresó al área de Urgencias del HG-SRC, donde fue valorado por AR1, médico especialista de Urgencias, quien refirió que a partir de las 10:00 horas de ese día V presentó dolor de cabeza, malestar general, debilidad de miembros pélvicos y torácicos con parestesias y dificultad para caminar.

37. A la exploración física, AR1 encontró a V con signos vitales normales, con presencia de disartria³¹, dificultad para respirar y deglutir, área pulmonar con buena entrada y salida de aire, miembros torácicos con hipotrofia tenar³², fuerza conservada, parestesia³³; así como miembros pélvicos con reflejos osteotendinosos³⁴ presentes. Lo que indicaba sin alteración en los reflejos tendinosos profundos siendo una de las afecciones principales que se presentan en este síndrome neurológico, de acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH.

38. AR1 integró el diagnóstico de síndrome de Guillain Barré e inició manejo con soluciones cristaloides, analgésicos, esferoides dosis única, protectores de la mucosa gástrica; solicitó estudios de laboratorios (biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, tiempos de coagulación y examen general de orina), rayos X de tórax

³¹ Debilidad en los músculos que se usan para hablar, lo cual suele hacer que el habla suene lenta y confusa.

³² Desgaste o pérdida del tejido muscular de la región de la palma de la mano que es continuación del pulgar.

³³ Sensación de hormigueo o pinchazos, generalmente temporal.

³⁴ Aquellos en los que la respuesta se obtiene por la aplicación de un estímulo mecánico (golpe con el martillo de reflejos).

y electrocardiograma³⁵; además de vigilar datos de dificultad respiratoria y ordenó el ingreso de V a observación adultos.

39. En la Opinión Médica de esta CNDH se estableció que el manejo que indicó AR1 fue incompleto por no solicitar interconsulta al servicio de Neurología, cuyo seguimiento se encontraba en el mismo HG-SRC, por lo que se contravino la Ley General de Salud, en su artículo 32³⁶; así como la GPC-Síndrome de Guillain Barré³⁷.

40. El mismo **Narraciones de hechos muy detalladas muy**, V fue valorado por PSP1, personal médico del servicio de Urgencias, quien refirió a la exploración física bradipsiquia y debilidad de las extremidades inferiores, con fuerza 5/5 en escala de Daniels, por lo que solicitó Tomografía Axial Computarizada simple de cráneo y revalorar con resultados para descartar lesión en el sistema nervioso central. Al respecto, en opinión de personal de esta Comisión Nacional el manejo del personal médico del servicio de Urgencias fue adecuado ya que solicitó un estudio de imagen para descartar otras enfermedades neurológicas y dio seguimiento al padecimiento de V, con apego a la GPC-

³⁵ Examen donde se registra la actividad eléctrica del corazón mediante unos electrodos aplicados en la piel.

³⁶ La cual establece que: "(...) Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud (...)".

³⁷ Misma que recomienda que el personal de neurología debe tener conocimiento y estar pendiente del surgimiento de las complicaciones del trastorno síndrome de Guillain Barré con su variante de síndrome de Miller Fisher (que se caracteriza por anomalías de la coordinación muscular, parálisis de los músculos oculares, y la ausencia de los reflejos tendinosos), para así intervenir de manera oportuna, ya que el padecimiento inicia generalmente con parestesias y debilidad distal de miembros inferiores y la progresión de la debilidad es ascendente y variable, pudiendo comprometer los miembros superiores, el tronco, la musculatura facial y la orofaringe. Por lo anterior, la persona paciente debe ser hospitalizada para estricta vigilancia médica, cuidados de sostén, reconocimiento e intervención de las complicaciones que ponen en riesgo la vida. La clave en el manejo del síndrome de Guillain Barré sigue siendo la atención en la unidad de cuidados intensivos incluyendo los cuidados respiratorios, la adecuada nutrición, el monitoreo y el tratamiento temprano de la disautonomía (disfunción de los nervios que regulan las funciones del cuerpo no voluntarias, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la sudoración).

Síndrome de Guillain Barré³⁸.

41. Posteriormente, a las **Narraciones de hechos muy detalladas muy**, V fue evaluado por personal médico del servicio de Medicina Interna, cuyos datos se desconocen por no asentarse en la nota médica, pero se identificará como AR2, quien refirió signos vitales normales y asentó resultados de Tomografía Axial Computarizada: sin evidencia aparente de zonas isquémicas o hemorrágicas y reportó a V clínicamente con somnolencia e hiporreactividad al medio, sin evidencia de compromiso ventilatorio u abdominal, por lo que indicó ingreso de V a piso para continuar manejo y evaluación por Neurología.

42. Desde el punto de vista de personal especializado de esta Comisión Nacional, la conducta de AR2 fue inadecuada al omitir dar seguimiento al diagnóstico previo de síndrome de Guillain Barré, asimismo, no reportó los estudios de laboratorio solicitados a su ingreso para descartar alguna otra enfermedad, por lo que contravino la GPC-Síndrome de Guillain Barré³⁹ y lo establecido en la literatura médica especializada en el tema⁴⁰.

³⁸ La que establece que el diagnóstico diferencial de síndrome de Guillain Barré incluye otras entidades relacionadas a alteraciones del sistema nervioso central y periférico, musculoesqueléticas, vasculares, infecciosas, intoxicaciones, entre otras.

³⁹ Que sugiere que la persona con sospecha de síndrome Guillain Barré, así como a criterio médico, se evalúe la realización de otros estudios paraclínicos para fundamentar las posibles asociaciones o entidades diferenciales.

⁴⁰ G. González, establece que en el enfoque diagnóstico siempre se debe solicitar un cuadro hemático y una proteína C reactiva (PCR) que usualmente son normales, electrolitos séricos para descartar una parálisis periódica que puede tener una presentación clínica similar, perfil tiroideo dado que la tirotoxicosis se asocia a debilidad muscular o bien por miopatía tirotóxica o parálisis hipokalemica y ELISA para VIH (en "Síndrome Guillain-Barré: Una mirada actual"; *REVISTA FACULTAD DE SALUD*. Universidad de Surcolombia, 2016); así como, Pérez, J. que contempla que el estudio electrofisiológico de velocidades de neuroconducción, en fases iniciales, el resultado puede ser normal; sin embargo, las anomalías tempranas se observan hasta en 80% de las personas pacientes. Los estudios electro diagnósticos demuestran afección axonal predominantemente sensitiva y mínima afección motora (en *Síndrome de Guillain Barré (SGB) Actualización*, 2006).

43. El **Narraciones de hechos muy detalladas muy**, PSP1, personal médico del servicio de Urgencias refirió a V con signos vitales normales; a la exploración física: somnoliento, reactivo a estímulos, reflejos pupilares presentes, área cardíaca y pulmonar sin alteraciones, extremidades (no se indica cuáles) conserva fuerza contra empuje y sensibilidad; además, reportó que V manifestó antecedente de infección y disminución de fuerza y reflejos en extremidades, por lo que integró diagnóstico de probable síndrome de Guillain Barré, sin modificación al tratamiento médico establecido.

44. Lo anterior, con base en la Opinión Médica de este Organismo Nacional se advirtió que la conducta de personal de Urgencias fue adecuada; ya que, de acuerdo con el reinterrogatorio confirmó el antecedente de infección lo que predisponía a una enfermedad neurológica, de conformidad con la GPC-Síndrome de Guillain Barré⁴¹ y con la literatura médica especializada en el tema⁴².

45. Posteriormente, el mismo **Narraciones de hechos muy**, PSP1 reportó a V con cuadro de disminución de fuerza en extremidades, con abolición de reflejos, con disfonía, con disminución de la fonación y somnoliento e indicó iniciar tratamiento con inmunoglobulina humana. Manejo que desde el punto de vista de personal especializado de esta CNDH fue adecuado, al iniciar un tratamiento idóneo a la enfermedad, con apego a la GPC-

⁴¹ Establece que el síndrome de Guillain Barré puede ocurrir 14 días después de la exposición a un estímulo inmune, o infecciones bacterianas y virales, a pesar de ser un padecimiento esencialmente clínico, se recomienda realizar estudios electrofisiológicos (electroneuromiografía) y considerar casos dudosos de síndrome de Guillain Barré, cuando presenten las características de debilidad asimétrica persistente, progresión lenta de la debilidad y sin afectación respiratoria. Recomienda el monitoreo de la frecuencia cardíaca, presión arterial sistémica balance hidroelectrolítico en personas pacientes con síndrome de Guillain Barré moderado o grave.

⁴² M. Santiago, refiere que en la mayoría de las personas pacientes se recoge el antecedente de una infección respiratoria o gastrointestinal, bacteriana o viral, varias semanas antes del comienzo de los síntomas neurológicos (en Síndrome de Guillain Barré, *REVISTA CUBANA DE MEDICINA MILITAR*, 2003); así como G. González, sostiene que la falla respiratoria se presenta en 25% de los pacientes, la debilidad muscular de rápida progresión (evolución menor a tres días), la presencia de un conteo respiratorio menor a 20 debe ser evaluados como predictores de insuficiencia respiratoria (*Óp. Cit.*).

Síndrome de Guillain Barré⁴³ y con la literatura médica especializada en el tema⁴⁴.

46. El día **Narraciones de hechos muy**, a las **Narraciones** es decir, casi 48 horas desde su ingreso, V fue valorado por personal médico del servicio de Neurología, cuyos datos se desconocen por no asentarse en la nota médica, pero se identificará como AR3, quien refirió a V a la exploración física: neurológicamente alerta, tranquilo con dificultad de lenguaje y manejo de secreciones (sin que se especificara mayor información en la nota médica), tetraparesia de predominio braquial.

47. También AR3 asentó en su nota médica que V ingresó por cuadro de debilidad de aproximadamente tres días, el cual inició al despertar con debilidad de miembros inferiores y posterior a debilidad de las cuatro extremidades, que tenía antecedente de síndrome de Guillain Barré, de hace cuatros años que dejó secuelas de tetraparesia, en tratamiento con medicina física y rehabilitación logrando la deambulaci3n, hasta hace tres días que inició sin causa aparente con debilidad de extremidades.

48. Derivado de lo anterior, AR3 integró el diagnóstico de polirradiculoneuritis tipo de síndrome de Guillain Barré; además indicó colocaci3n de sonda nasogástrica y sonda Foley, hidroterapia y prescribió inmunoglobulina, metoclopramida⁴⁵, enoxaparina⁴⁶,

⁴³ Que establece que de una revisi3n sistemática que incluyó 23 estudios muestra que la inmunoglobulina intravenosa administrada dentro de las dos primeras semanas del padecimiento (síndrome Guillain-Barré) acelera la recuperaci3n clínica y reduce la estancia en la unidad de cuidados intensivos.

⁴⁴ “Tras infecci3n por virus de Epstein-Barr, que contempla que la administraci3n intravenosa de inmunoglobulinas en dosis elevadas (2 g/kg de peso corporal durante 5 días) es tan eficaz como la plasmaféresis y más sencilla” (Medifam, *Síndrome Guillain-Barré*, 2002); así mismo, M. Santiago, establece que la plasmaféresis consiste en el intercambio de plasma por albúmina o por plasma fresco congelado, se extraen 50 ml/kg en días alternos hasta completar 5 sesiones. Se recomienda su uso precoz, principalmente en las dos primeras semanas, en la fase de progresi3n del síndrome de Guillain-Barré severo y en las recaídas (*Óp. Cit.*)

⁴⁵ Evita las náuseas.

⁴⁶ Anticoagulante.

omeprazol⁴⁷ y ketorolaco⁴⁸.

49. No obstante, de acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se consideró que la atención médica que proporcionó AR3 fue inadecuada, por no hacer un interrogatorio completo para conocer si había cursado con infecciones virales previas, no realizar una exploración de pares craneales para valorar si existía algún tipo de afectación neurológica, no consideró las constantes vitales de V, por lo que desconoció si presentaba alguna alteración en área cardíaca o respiratoria, no solicitó monitoreo cardíaco o respiratorio aun sabiendo que el síndrome de Guillain Barré tenía tendencia a complicarse, tampoco solicitó una electroneuromiografía⁴⁹ para analizar el grado de afectación que cursaba o determinar el grado de discapacidad utilizando la clasificación de Hughes⁵⁰, además, omitió indicar una punción lumbar para confirmar dicho diagnóstico, tampoco ordenó fisioterapia para el tratamiento de las secreciones, ni ajustó el manejo de inmunoglobulinas.

50. Así, AR3 incumplió la GPC-Síndrome de Guillain Barré, toda vez que establece que para determinar la discapacidad de presentación del síndrome de Guillain Barré se utiliza la clasificación de Hughes y se recomienda realizar una anamnesis⁵¹ detallada, para buscar posibles infecciones previas como virales y bacterianas, e inmunizaciones; así como una exploración neurológica completa para diferenciar otras probables entidades,

⁴⁷ Protector de la mucosa gástrica.

⁴⁸ Antiinflamatorio no esteroideo.

⁴⁹ Método de estudio neurofisiológico usado para el diagnóstico y el pronóstico de las lesiones del sistema nervioso periférico.

⁵⁰ Clasificación empleada para la evaluación de la respuesta terapéutica y pronóstico del síndrome de Guillain Barré.

⁵¹ Proceso de la exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio para identificar personalmente al paciente, conocer sus dolencias, obtener una retrospectiva y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes.

cuya sintomatología pueda ser parecida al síndrome de Guillain Barré.

51. La GPC-Síndrome de Guillain Barré refiere también que, en pacientes con el padecimiento moderado o grave, los estudios electrofisiológicos han mostrado utilidad para apoyar el diagnóstico, clasificar la variedad, fundamentar el pronóstico y excluir otras patologías, ya que las personas pacientes pueden presentar disautonomías, por lo que se le recomienda el monitoreo de la frecuencia cardíaca, presión arterial sistémica y balance hidroelectrolítico⁵².

52. Así mismo, AR3 contravino la literatura médica especializada en el tema, que sugiere que el personal de neurología debe tener conocimiento y estar atento al surgimiento de las complicaciones del síndrome de Guillain Barré, para así intervenir de manera oportuna, dado que son precisamente las complicaciones las que muchas veces dan contraste con la vida de estos enfermos. Por ello, los detalles del cuidado diario en una Unidad de Cuidados Intensivos son, en opinión de algunos expertos, aspectos cruciales en el tratamiento de estos pacientes, quizá incluso más importantes que la habitualmente discutida terapia inmunomoduladora⁵³, así como que el tratamiento se suele reservar a aquellos casos en los que la enfermedad evoluciona hacia la progresión⁵⁴.

53. Del mismo modo, la literatura médica especializada en el síndrome de Guillain Barré establece que parte esencial del plan terapéutico y en correspondencia con el estado de gravedad de las personas pacientes, se impone aplicar medidas generales y específicas

⁵² Indica constancia relativa de niveles de líquido corporal.

⁵³ A. Tellería, "Síndrome de Guillain-Barré", *REVISTA NEUROLOGÍA*, 2002.

⁵⁴ I. Vallejo, "Inmunoglobulinas de administración intravenosa. Actualización de sus indicaciones", Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 1999.

que garanticen su adecuada evolución; reposo en el lecho, acorde con la forma clínica y evitando adoptar posiciones viciosas; fisioterapia respiratoria para evitar las atelectasias y las neumonías, control estricto de los signos vitales, monitorización cardiovascular permanente, entre otras⁵⁵. Por todo lo anterior, AR3 incumplió el artículo 9 del Reglamento de la LGS que prevé que la atención médica deberá llevarse a efecto, de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

54. Finalmente, el **Narraciones de hechos muy detalladas**, PSP2, personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna, reportó a V con desaturación hasta 74% y tensión arterial 223/103 mmHg, por lo que se inició nitroglicerina en infusión y por sonda nasogástrica, sin que mejorara de la tensión arterial; de igual manera, se realizó intubación de V y se conectó a ventilador sin mejoría, a pesar de parámetros altos presentó paro cardíaco y se proporcionó manejo sin éxito, asentándose en la nota médica que V falleció a las **Fecha** por síndrome de Guillain Barré. En resumen, las omisiones en abordaje médico, diagnóstico y terapéutica empleada brindada por AR1, AR2 y AR3, ocasionaron que V presentara complicaciones y contribuyeran directamente a su deceso.

55. Del análisis de las evidencias que anteceden, se determinó que AR1, AR2 y AR3 incumplieron conjuntamente en el ejercicio de sus funciones con los artículos 27 fracción III, 32, 33, fracción II, 51 y 77 bis 37, fracciones I y III, de la LGS, y 48 del Reglamento de la LGS; que en términos generales, establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno y certero y se proporcione un tratamiento también apropiado, el cual quede debidamente plasmado en el expediente clínico, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V.

⁵⁵ M. Acosta, "Síndrome de Guillain Barré", *REVISTA DE POSGRADO DE LA VI CÁTEDRA DE MEDICINA*, 2007.

B. DERECHO A LA VIDA

56. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todas las personas que se encuentran bajo su jurisdicción.

57. Al respecto, la CrIDH ha establecido que:

El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él.⁵⁶

⁵⁶ CrIDH, "Derecho a la Vida", *CUADERNILLO DE JURISPRUDENCIA DE LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS*, núm. 21, p. 5. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo21.pdf>

58. Por otra parte, esta Comisión Nacional, en la Recomendación 39/2021⁵⁷ señaló que “existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio médico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan, la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico, que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”.

59. La vida como derecho fundamental se encuentra debidamente tutelado en el párrafo segundo del artículo 29 de la Constitución Política, y en las normas internacionales, por lo que corresponde al Estado, a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

60. En ese sentido, la SCJN ha determinado que “el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, que adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...). En ese sentido, 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 (...).”⁵⁸.

61. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base

⁵⁷ Emitida el 2 de septiembre de 2021, párrafo 97.

⁵⁸ Tesis P. LXI/2010, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, *SEMANARIO JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN Y SU GACETA*, Novena época, tomo XXXIII, enero de 2011, página 24, registro digital 163169.

para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2 y AR3, personal médico del HG-SRC, también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida.

62. Así mismo, respecto al derecho a la vida, esta Comisión Nacional observó que las omisiones en abordaje médico, diagnóstico y terapéutica empleada por parte AR1, AR2 y AR3, consistentes en no realizar un interrogatorio médico exhaustivo; una exploración neurológica completa para descartar alguna otra enfermedad neurológica; no indicar una electroneuromiografía para analizar el grado de afectación que cursaba V o determinar el grado de discapacidad utilizando la clasificación Hughes; así como no iniciar de manera temprana un tratamiento con inmunoglobulina intravenosa o plasmaféresis, subestimaron los factores de riesgo de V para evitar el desarrollo de múltiples complicaciones, mismas que se presentaron posteriormente, situación que contribuyó directamente a su deceso.

63. Consecuentemente, el **Narraciones de hechos muy detalladas muy** V falleció, al presentar desaturación hasta 74% y tensión arterial de 223/103 mmHg, a pesar de iniciarse tratamiento con nitroglicerina en infusión y por sonda nasogástrica, sin que mejorara la tensión arterial; de igual manera, se realizó intubación de V y se conectó a ventilador sin mejoría; sin embargo, presentó paro cardíaco sin tener éxito en manejo. Se integró como diagnóstico de fallecimiento síndrome de Guillain Barré.

64. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2 y AR3 vulneraron en agravio de V, su derecho a la protección de la salud y, como consecuencia de ello, a la vida; los cuales se encuentran previstos en los artículos 1o., párrafos primero, segundo y tercero; 4o., párrafo cuarto, y 29, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracción II, y 51 de la Ley General de Salud; mismos que, en términos generales

señalan que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida, por lo que las personas usuarias tendrán derecho a recibir un tratamiento oportuno y de calidad a fin de preservar la vida, situación que las personas servidoras públicas omitieron realizar.

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

65. El artículo 6º, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a la información y determina que el Estado es el encargado de garantizarlo. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de la Organización de la Naciones Unidas, previene que en materia de salud, el derecho de acceso a la información “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”.⁵⁹

66. En la Recomendación General 29/2017⁶⁰, esta Comisión Nacional consideró que los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización, y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.

67. En tanto, la CrIDH en el *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*, indicó que un “expediente médico, adecuadamente integrado [es un] instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del

⁵⁹ Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), número iv).

⁶⁰ CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017, párrafo 27.

enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”⁶¹.

68. La NOM-Del Expediente Clínico establece que éste “(...) es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar (...) las (...) intervenciones del personal del área de salud, el estado de salud del paciente (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”⁶².

69. Esta CNDH, en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico tiene como finalidad que las personas usuarias puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida. Igualmente, reconoció que dicho derecho 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

⁶¹ CrIDH, *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 68.

⁶² Introducción, párrafo 3.

paciente, y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre su estado de salud⁶³.

70. Por el contrario, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto a presuntas violaciones a derechos humanos y, en el caso particular, se analizarán las irregularidades que este Organismo Nacional encontró con motivo de la queja presentada en agravio de V.

C.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V

71. El personal médico especialista de esta Comisión Nacional destacó omisiones a los lineamientos de la NOM-Del Expediente Clínico, por lo cual se solicitará la emisión de una circular para que el personal de los servicios de Medicina Interna y Neurología del HG-SRC del ISSSTE ajusten su actuar a la precitada Norma Oficial Mexicana, ya que no se pudo establecer el nombre completo de AR2 y AR3, su cargo y matrícula, debido a que no se asentaron en las notas médicas del 24 y 26 de diciembre de 2019, respectivamente, por lo que incumplieron con el numeral 5.10, que señala que todas las notas en el expediente clínico deben contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital.

72. Las omisiones de AR2 y AR3 constituyen una falta administrativa, lo cual representa un obstáculo para deslindar responsabilidades, por lo cual se vulneró el derecho de QVI1, QVI2 y QVI3 a que conocieran la verdad, por tanto, se reitera la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten al personal en el manejo adecuado del expediente clínico al ser responsables solidarias de su cumplimiento.

73. La inobservancia de la NOM-Del Expediente Clínico ha sido objeto de múltiples

⁶³ Párrafo 34.

pronunciamientos por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se revelaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos y de la atención que reciben.

74. A pesar de dichas Recomendaciones, el personal médico persiste en no dar cumplimiento a la referida Norma Oficial Mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo cual se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud y, como se asentó, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, por lo que la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas preventivas para que se cumpla en sus términos.

D. RESPONSABILIDAD

D.1. Responsabilidad de las personas servidoras públicas

75. Por lo expuesto, se acredita que la responsabilidad de AR1, AR2 y AR3 provino de la falta de debida diligencia con que se condujeron en la atención proporcionada a V, lo cual culminó en la violación a sus derechos humanos a la protección a la salud, a la vida y al trato digno con base en lo siguiente:

75.1. AR1 realizó un manejo médico incompleto de V, al no solicitar interconsulta al servicio de Neurología, cuyo seguimiento se encontraba en el HG-SRC.

75.2. AR2 omitió dar seguimiento al diagnóstico previo de síndrome de Guillain

Barré de V; no reportó los estudios de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, tiempos de coagulación y examen general de orina) que se le indicaron a V a su ingreso al HG-SRC, para descartar alguna otra enfermedad.

75.3. AR3 omitió hacer un interrogatorio completo para conocer si V había cursado con infecciones virales previas; no realizó una exploración de pares craneales para valorar si existía algún tipo de afectación neurológica; no consideró las constantes vitales de V para tener certeza si presentaba alguna alteración en área cardíaca o respiratoria; omitió solicitar monitoreo cardíaco o respiratorio aun sabiendo que el síndrome Guillain Barré tenía tendencia a complicarse; no solicitó una electroneuromiografía para analizar el grado de afectación que cursaba V o determinar el grado de discapacidad utilizando la escala Hughes; omitió indicar una punción lumbar para confirmar dicho diagnóstico: omitió indicar fisioterapia para el tratamiento de las secreciones y no ajustó el manejo de inmunoglobulinas.

76. Las irregularidades en la integración de su expediente clínico también constituyen responsabilidad para AR2 y AR3, con lo cual se vulneró el derecho de QVI1, QVI2 y QVI3 al acceso a la información en materia de salud.

77. Este Organismo Nacional acreditó que las acciones y omisiones atribuidas al personal médico de referencia constituyen evidencia suficiente para determinar que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como personas servidoras públicas, en términos de lo dispuesto en los artículos 7, fracciones I, V, VII y VIII, y 49 fracción I, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas en relación con el numeral 252 de la Ley del ISSSTE, que prevén la obligación 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; pues aun cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen a su mejoramiento, lo que en el caso concreto no aconteció.

78. En consecuencia, esta Comisión Nacional, a partir de las evidencias analizadas, acreditó la responsabilidad AR1, AR2 y AR3, personas servidoras públicas adscritas al ISSSTE; sin embargo, si bien es cierto el procedimiento de responsabilidades administrativas prescribió por tratarse de hechos sucedidos en 2019, también es cierto que no resulta un impedimento para conocer de las violaciones a derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional emitió la presente Recomendación.

D.2. Responsabilidad institucional

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

80. La promoción, el respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y ratificación de dichos

tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman el Sistema de las Naciones Unidas.

81. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que corresponde de manera inmediata de despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

82. En el presente caso, de conformidad con la Opinión Médica de este Organismo Nacional existió responsabilidad institucional debido a que AR2 y AR3, no señalaron su nombre completo, matrícula y cargo en las notas médicas del **Narraciones de hechos muy detalladas muy detalladas que impliquen circunstancias**, respectivamente, por lo que se constituye una responsabilidad institucional por parte del ISSSTE, al no vigilar y supervisar que su personal médico cumpla con el marco normativo de integración del expediente clínico.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

83. 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 1o., 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 LGV, que prevén la posibilidad de que, al

acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado, debiendo el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

84. 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 II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65, inciso c), 73, fracción V, 74, 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 LGV, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI1, QVI2 y QVI3, por lo cual se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV a fin de que accedan a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para ello, se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

85. Al respecto, es aplicable lo establecido 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, y diversos criterios de la CrIDH, al considerarse que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de

investigar los hechos; así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

i. Medidas de rehabilitación

86. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y familiares hacer frente a los efectos sufridos por violaciones a sus derechos humanos de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62, de la LGV; así como del numeral 21, de los *Principios y Directrices* –instrumento antes referido–, incluyendo la rehabilitación, la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales.

87. Por ello, el ISSSTE en coordinación con la CEAV y atendiendo a la LGV, deberá proporcionar en su caso, a QVI1, QVI2 y QVI3, atención psicológica y tanatológica por los hechos, acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, por personal profesional especializado que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular y de forma continua, a fin de que alcancen su total recuperación psíquica y emocional, atendiendo a su edad, condición de salud física y emocional; así como a sus especificidades de género, ello con motivo del fallecimiento de V.

88. Esta atención psicológica y tanatológica deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata y en lugar accesible, con consentimiento de las víctimas indirectas, ofreciendo información previa, clara, suficiente; así como, con enfoque diferencial y especializado, debiendo considerar, en su caso, el proveer el tratamiento y los medicamentos requeridos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

ii. Medidas de compensación

89. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64 y 65 de la LGV y consisten en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), (...) así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia.”⁶⁴.

90. La compensación deberá otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos sufrida, considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas a consecuencia de la violación a sus derechos humanos, ello acorde a la LGV.

91. Para tal efecto, el ISSSTE deberá colaborar con la CEAV para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI1, QVI2 y QVI3, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, misma que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración diseñados por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI1, QVI2 y QVI3, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

⁶⁴ *Caso Palamara Iribarne Vs. Chile*. Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.

iii. Medidas de satisfacción

92. 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 I, de la LGV, que comprende la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad, en la medida en que esa revelación no provoque más daños o amenace la seguridad y los intereses de la víctima, de sus familiares, de los testigos o de personas que han intervenido para ayudar a la víctima o para impedir que se produzcan nuevos delitos o nuevas violaciones de derechos humanos.

93. De conformidad con los estándares internacionales, con los criterios de la CrIDH, con los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y la LGV, artículo 73, se considera como una medida de satisfacción a las declaraciones oficiales o las decisiones judiciales que restablezcan la dignidad de las víctimas. Por lo cual, la formulación y publicación de la presente Recomendación, en sí misma constituye una medida de satisfacción, ya que ésta tiene como fin dar a conocer las violaciones a derechos humanos que se cometieron en agravio de V, para lo cual se debe conjuntar con los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a las víctimas

iv. Medidas de no repetición

94. De conformidad con lo establecido en los artículos 27, fracción V, 74 al 78 de la LGV, éstas consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención; por ello, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

95. Al respecto, las autoridades del ISSSTE deberán impartir, en el plazo 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 relacionado con el derecho a la protección a la salud y a la vida, en términos de la legislación nacional e internacional; así como la debida observancia y contenido de la GPC-Síndrome de Guillain Barré, dirigido al personal médico de los servicios de Urgencias, Medicina Interna y Neurología del HG-SRC, en particular a AR1, así como AR2 y AR3, una vez que se conozcan sus identidades, en caso de continuar activos laboralmente en dicho Instituto; el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso; todo ello, con la finalidad de atender también, a una cultura de paz del Estado mexicano; el cual deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

96. Así mismo, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá dirigir una circular al personal médico de los servicios de Medicina Interna y Neurología del HG-SRC, con medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico conforme a la NOM-Del Expediente Clínico y labores de prevención en la atención médica, para garantizar que se agoten las instancias pertinentes y se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional. Hecho lo señalado, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió; lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio cuarto.

97. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las garantías de no

repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades, en el respectivo ámbito de sus competencias, actúen con el fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, por consiguiente, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía; así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

98. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, Director General del ISSSTE, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore 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 QVI1, QVI2 y QVI3, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación; que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración diseñados por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QVI1, QVI2 y QVI3, por las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V, con motivo de su fallecimiento, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, atendiendo a la Ley General de Víctimas, se deberá otorgar a QVI1, QVI2 y QVI3 atención psicológica y tanatológica, en su caso, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular y de forma continua, a fin de que alcancen su total recuperación psíquica y emocional, atendiendo a su edad, condición de salud física y emocional, así como a sus especificidades de género, ello con motivo del fallecimiento de V. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara y suficiente; así como, con enfoque diferencial y especializado; debiendo considerar el proveer el tratamiento y los medicamentos, en caso de requerirlos. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Impartir en el plazo 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, referente al derecho a la protección a la salud y a la vida, en términos de la legislación nacional e internacional; así como la debida observancia y contenido de la GPC-Síndrome de Guillain Barré, dirigido al personal médico de los servicios de Urgencias, de Medicina Interna y de Neurología del HG-SRC, en particular a AR1, así como AR2 y AR3, una vez que se conozcan sus identidades, en caso de continuar activos laboralmente en dicho Instituto; el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los que dieron origen al presente caso; ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya los programas, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de

asistencia, videos y constancias. Hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

CUARTA. Gire instrucciones para que, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular dirigida al personal médico de los servicios de Medicina Interna y de Neurología del HG-SRC, con medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico conforme a la NOM- Del Expediente Clínico y labores de prevención en la atención médica, para garantizar que se agoten las instancias pertinentes y se satisfagan los manejos médicos acorde a la legislación nacional e internacional. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

QUINTA. 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.

99. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, 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 u otras autoridades competentes para que, conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

100. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

101. Así mismo, con el fundamento jurídico citado, solicito a usted que las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación, en su caso, 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.

102. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, éstas 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 lo cual 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

CEFM