RECOMENDACIÓN NO. 265 /2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE V, ATRIBUIBLES A PERSONAL DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 "DEL VALLE" Y DE LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIÉRREZ" DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Ciudad de México, a 30 de noviembre de 2023

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

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, 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/5/2023/3763/Q**, relacionado con el caso de violaciones al derecho a la protección a la salud y a la vida 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 6, 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, 16, 17 y 18, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

SIGNIFICADO	CLAVE
Víctima	**V**
Víctima Indirecta	**VI**
Autoridad Responsable	**AR**
Persona Servidora Pública	**PSP**
Persona Médico Residente	**PMR**

4. En la presente Recomendación la referencia a distintas dependencias, personas, instancias de gobierno, autoridades e instrumentos se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser identificadas como sigue:

NOMBRE	ACRÓNIMO/ABREVIATURA
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	**CEAV**
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	**CNDH**
Corte Interamericana de Derechos Humanos	**CrIDH**
Guía de práctica clínica Diagnóstico y Tratamiento de las Crisis Hipertensivas en adultos en los tres niveles de atención, de la Secretaría de Salud, Gobierno de México.	**Guía**
Unidad de Medicina Familiar Número 28 “Del Valle” del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México .	**UMF 28**
Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de México.	**CMN**
Hospital General de Zona No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de México.	**HGZ 8**
Instituto Mexicano del Seguro Social.	**IMSS**
Norma Oficial Mexicana NOM-004- SSA3-2012, Del Expediente Clínico.	**NOM del Expediente clínico**
Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-001-SSA3-2022, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.	**NOM Educación en la salud**
Procedimiento para la Atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención IMSS (2660-003-045)	**Procedimiento**
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	**Reglamento**
Organización Mundial de la Salud	**OMS**
Ley General de Salud	**LGS**

I. HECHOS

5. El 23 de febrero de 2023, VI1 y VI2 presentaron queja en este Organismo Nacional, en la que hicieron valer presuntas violaciones a los derechos humanos de V, atribuibles a personas servidoras públicas adscritas a la UMF28, del CMN y del HGZ8 del IMSS.

6. VI1 y VI2 precisaron que el 14 de enero de 2023, aproximadamente las 09:00 horas, V comenzó con dolor de cabeza intenso, razón por la cual la trasladaron a la UMF 28, ingresando aproximadamente a las 09:30 horas al área de Urgencias de dicho nosocomio, en el cual le negaron en un primer momento la atención médica, argumentando que no llevaban su carnet médico, ni su credencial de elector; referendo que a pesar de que V empeoró, en virtud de que presentó vómito mientras se encontraba en la sala de espera de la UMF 28, el que personal médico y de enfermería continuó siendo omiso en brindar atención médica.

7. Añaden las quejosas que fue hasta el momento en que avisaron que V había perdido el conocimiento, lo cual fue confirmado por personal médico y de enfermería de la UMF 28, que V fue ingresada a la sala de Urgencias alrededor de las 10:30 horas, quedándose en valoración médica hasta aproximadamente a las 18:00 horas; momento en que les informaron que V “llevaba lapsos de tiempo en que se olvidaba respirar” razón por la cual, se tenía que intubar y que, al parecer, por los síntomas que presentaba “tenía un derrame cerebral”, lo cual, consideran las quejosas no era un diagnóstico preciso toda vez que en dicha clínica no tenía los medios para determinar el diagnóstico correspondiente.

8. Acto seguido, el personal médico informó a VI1 y VI2 que V sería trasladada al HGZ 8, el cual se llevó a cabo a las 20:00 horas del mismo día, 14 de enero de 2023; que

al llegar al citado nosocomio, ingresó al área de Urgencias en donde personal médico le practicó una tomografía para valoración, informándoles que por las condiciones en las que llegó V se tenía que trasladar a un Hospital de Tercer Nivel, en este caso, al CMN, tardándose casi 24 horas en gestionar dicho traslado.

9. VI1 y VI2 refieren que durante ese tiempo no les permitieron ver a V, ni les informaron sobre la evolución de su salud, por lo que ignoraban si se le suministraron medicamentos; que debido a ello, en diversas ocasiones se acercaron a preguntar con personal médico, de enfermería y personal administrativo sobre los avances en el trámite del traslado, específicamente con el área de gobierno, quienes solo se limitaron a informarles que el trámite para el traslado de V se había realizado, pero que el CMN “no respondía”, situación con la que VI1 y VI2 se inconformaron en razón de que la condición de salud de V era delicada y urgente, por lo que el tiempo y las horas sin recibir atención médica eran vitales.

10. Igualmente, expusieron que derivado de su insistencia, un director y la trabajadora social, de quien señalan desconocen nombre y cargo correcto, toda vez que ninguna persona quiso proporcionarles sus datos, pidió a personal de seguridad que las sacaran de las instalaciones del nosocomio, y de forma “burlona” les indicó que V “no requería traslado alguno”, situación que las “descontroló” ya que les hizo pensar que realmente no se había hecho ningún trámite para solicitar el traslado de V, por lo que no accedieron a abandonar las instalaciones del citado nosocomio. Añadieron que debido a su insistencia, se llevó a cabo el traslado de V al CMN, aproximadamente a las 19:00 horas del domingo 15 de enero de 2023, arribando al Hospital de Tercer Nivel alrededor de las 19:30 horas.

11. Refirieron las quejosas que en el CMN se le realizó a V una tomografía y que personal especialista del área de Neurocirugía confirmó que había sufrido un derrame

cerebral a consecuencia de su hipertensión y que requería una cirugía para provocar la expulsión de la presión y sangre acumulada en su cerebro, a fin de poder valorar los daños ocasionados por tal evento, situación a lo que accedieron y les pidieron permanecer en la sala de espera de dicho hospital, y que aproximadamente a las 22:00 horas personal médico les informó que V no era candidata para la cirugía propuesta, sin dar mayor explicación, que solo les exigieron se les firmara un documento en el que constaba que dieron información.

12. Continúan narrando que, hecho lo anterior, V fue trasladada de regreso al HGZ 8, arribando alrededor de las 23:00 horas y que al llegar al citado nosocomio personal médico, “de forma burlona”, culpó a VI1 y VI2 de no haber aceptado la cirugía propuesta por los especialistas del CMN, a pesar de que aclararon que no era verdad, ya que insistieron en que se practicara la intervención quirúrgica; sin embargo, señalan que el personal médico se negó a realizarla argumentando que “no tenía sentido operar a V” debido a las condiciones en que quedaría por los daños sufridos, refiriéndoles “que para que si ya no sería la misma”.

13. Las quejosas añaden que V ingresó al área de Urgencias del citado HGZ 8, sin que les brindaran mayor información y con desconocimiento de la condición médica con la que regresó V del CMN; y que poco después recibieron una llamada telefónica en la que les informaron que V había empeorado y había entrado en paro respiratorio y que personal médico se encontraba en procedimiento de reanimación, sin que les proporcionaran información precisa y actualizada de la evolución médica, que posteriormente recibieron otra llamada telefónica informándoles que V había fallecido, sin que les dieran mayor explicación al respecto.

14. Con motivo de lo anterior, esta Comisión Nacional radicó el expediente de queja **CNDH/5/2023/3763/Q** y, a fin de analizar probables violaciones a derechos humanos,

se obtuvo copia del expediente clínico de V, con informes de su atención médica, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

15. Escrito de queja presentada por VI1 y VI2 en este Organismo Nacional el 23 de febrero de 2023.

16. Expediente clínico de V, del cual destacan las siguientes documentales:

16.1. Nota de Triage y Nota inicial del Servicio de Urgencias, signada por AR2, médica adscrita a la UMF28, de fecha 14 de enero del 2023, a las 10:20 horas.

16.2. Nota médica de Urgencias, signada por AR1, médica adscrita a la UMF28, de fecha 14 de enero del 2023, a las 10:50 horas.

16.3. Nota médica de Urgencias, signada por AR2, médica adscrita a la UMF 28, de fecha 14 de enero del 2023, a las 18:41 horas.

16.4. Nota Triage y Nota inicial del Servicio de Urgencias, signada por PSP5, médica adscrita al HGZ8, de fecha 14 de enero del 2023, a las 19:40 horas.

16.5. Reporte de Tomografía de Cráneo simple, signada por PSP5, médica adscrita al HGZ8, de fecha14 de enero del 2023, a las 19:43 horas.

16.6. Nota agregada, signada PSP5, médica adscrita al HGZ8, de fecha 14 de enero del 2023, sin referir hora.

16.7. Nota de evolución Urgencias Nocturno, signada por PSP1, médico adscrito al HGZ8, de fecha 14 de enero del 2023, 23:55 horas.

16.8. Hoja de Referencia- Contrarreferencia, signada por PSP7, médico adscrito al HGZ8, de fecha 14 de enero del 2023, sin hora referida.

16.9. Nota de procedimiento, signada por PSP8 y PMR4, médico y médico residente, respectivamente, adscritos al HGZ8, de fecha 5 de enero del 2023, a las 05:00 horas.

16.10. Nota de evolución matutina, signada por PSP2 y PMR3, médico y médico residente respectivamente, adscritos al HGZ8, de fecha 15 de enero del 2023, a las 10:17 horas.

16.11. Nota de evolución Turno vespertino, signada por PSP9, médica adscrita al HGZ8, de fecha 15 de enero del 2023, 16:40 horas.

16.12. Hoja de Referencia- Contrarreferencia, signada por PSP9 y autorizada por PSP10, médicos adscritos al HGZ8, de fecha 15 de enero del 2023, sin hora referida.

16.13. Nota inicial de admisión continua, signada por PSP12 médico adscrito al CMN, de fecha 15 de enero del 2023, a las 18:26 horas.

16.14. Nota de evolución Turno Nocturno, signada por PSP11, médica adscrita al HGZ8, de fecha16 de enero del 2023, a las 03:30 horas.

16.15. Nota de egreso por defunción, signada por PSP3, médico adscrito al HGZ8, de fecha 16 de enero del 2023, a las 07:50 horas.

16.16. Certificado de Defunción con número de Folio no legible, elaborado por PSP4, médico adscrito al HGZ8, de fecha 16 de enero del 2023, a las 07:50 horas.

16.17. Resumen Clínico, signado por PSP13, médico adscrito al CMN, sin referir número de cédula profesional, de fecha 22 de marzo del 2023, sin hora referida.

17. Opinión especializada en materia de medicina, de fecha 31 de agosto de 2023, realizada por personal de esta Comisión Nacional, en la cual se concluyó que la atención médica que se le proporcionó a V, en el servicio de Urgencias de la UMF 28, y en el servicio de Neurocirugía en la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades del CMN, fue inadecuada y acta circunstanciada de fecha 10 de septiembre de 2023, en la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar que VI1 y VI2 informaron que con motivo del fallecimiento por de V, no se promovió acción legal diversa a la interposición de la queja ante este Organismo Nacional.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

18. Esta Comisión Nacional recibió el escrito de queja presentado por VI1 y VI2 por la inadecuada atención médica, diagnóstico y tratamiento de V, atribuido a personal de la UMF 28, del HGZ 8 así como del CMN, que ocasionaron que el 16 de enero de 2023 perdiera la vida.

19. Este Organismo Nacional no cuenta con evidencias de que se haya presentado denuncia administrativa o penal por los hechos relacionados con la presente Recomendación.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE PRUEBAS

20. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja **CNDH/5/2023/3763/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 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 permiten acreditar violaciones al derecho humano a la protección de la salud y a la vida en agravio de V, atribuibles a personal médico de la UMF 28, así como del CMN del IMSS, y al derecho humano de acceso a la información relacionado con la organización y funcionamiento de residencias médicas, atribuibles al CMN, así como al HGZ 8, ambos del IMSS, en atención a las siguientes consideraciones:

A. Derecho a la Protección de la Salud

21. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel[1], reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección.

22. Asimismo, 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 (…)".[2]

23. El numeral primero de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que "la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud,

[1]CNDH. Recomendaciones 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 y 14/2016, párrafo 28, entre otras.

[2] Tesis 1ª./J.50/2009, "Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud". Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena época, tomo XXIX, abril de 2009, pág. 164, registro digital 167530.

la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos".[3]

24. 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".[4]

25. En la Recomendación General 15, emitida por la CNDH "Sobre el derecho a la protección de la salud", 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".[5]

26. En los artículos 10.1 e incisos a) y d), del numeral 10.2, 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

[3] El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, Observación General 14.
[4] 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.
[5] CNDH, Recomendación General 15 "Sobre el derecho a la protección de la salud", Pág. 16

otra vs Ecuador”[6], 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.”

27. En el presente caso, de las evidencias analizadas se advirtió que AR1 y AR2 de la UMF 28; así como AR3 del CMN, omitieron brindarle a V la atención médica adecuada y oportuna en su calidad de garantes, acorde a las obligaciones señaladas en los artículos 33, fracciones I y II, de la LGS; 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 7 del Reglamento del IMSS, lo que incidió en la vulneración a su derecho humano a la protección a la salud y a la vida en agravio de V, al tenor de los razonamientos que a continuación se exponen.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V por inadecuada atención médica

28. V era una persona que contaba con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, de 15 años de diagnóstico, en tratamiento con 45 UI (Unidades Internacionales) de insulina NPH[7] al día e Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) de 15 años de diagnóstico, en tratamiento con irbesartan/hidroclorotiazida cada 24 horas.

29. De acuerdo a las consideraciones técnicas vertidas en la Opinión Médica especializada elaborada por personal de este Organismo Nacional, la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS)[8] es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la

[6] Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.
[7] Insulina humana de acción intermedia
[8] La Opinión Médica Especializada realizada por personal de este Organismo Nacional cita como fuentes de la descripción sobre el Síndrome de Hipertensión Arterial Isquémica las siguientes: Guia ACC (American College of Cardiology) / AHA(American Heart Association) 2017. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA42-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. Promoción, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en Primer Nivel de Atención, Guía de Practica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México,

elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras ≤140/90 ml/Hg.

30. Conforme a la Guía ACC[9] 2017, que cita el personal especializado de este Organismo Nacional, las definiciones son las siguientes:

- Presión arterial (PA) normal: < 120/< 80 mmHg;
- Presión arterial elevada (PAS) > 120-129 mmHg y PAD < 80 mmHg;
- Hipertensión estadio 1: PAS 130-139 mmHg o PAD 80-89 mmHg;
- Hipertensión estadio 2: PAS>140 mmHg o PAD >90mmHg.

31. En la aludida Opinión Médica especializada se precisó que es conveniente el escrutinio de la hipertensión arterial a través de la toma periódica de ésta mediante una estrategia oportuna en la consulta médica. Para ello, es necesario integrar diagnóstico de HAS desde la primera consulta médica, en todo paciente diabético con daño a órgano Blanco (DOB) o datos de insuficiencia renal de moderada a grave, así como estratificar el riesgo cardiovascular utilizando el modelo SCORE en personas con HAS asintomáticas, sin enfermedad cardiovascular, renal o diabetes.

32. Ahora bien, con la finalidad de exponer con claridad la gravedad de la hemorragia subaracnoidea que presentó V, cuyo tardío diagnóstico y mal tratamiento por parte del personal médico de la UMF28 del IMSS, agravado por una valoración y tratamiento tardío realizado por el personal del CMN, debido al retraso injustificado en haber respondido las solicitudes para el traslado de V, lo que incidió en el deterioro de su estado de salud, y ocasionó, eventualmente, su muerte, es relevante precisar de manera previa, en qué consiste dicho padecimiento de acuerdo con lo establecido en la Opinión

CENETEC; 2021.
[9] American College of Cardiology)/AHA(American Heart Association

Médica especializada realizada por personal de este Organismo Nacional.

33. La hemorragia subaracnoidea[10] es una extravasación de sangre en el espacio subaracnoideo o leptomeníngeo, cuya causa más frecuente es el traumatismo craneoencefálico. La hemorragia subaracnoidea primaria espontanea es con mayor frecuencia causada por la ruptura de un aneurisma cerebral, aunque existen otras causas como las malformaciones vasculares, tumores cerebrales, alteraciones de la pared vascular, así como alteraciones de la coagulación. De un 15 a un 25% de los casos no se encuentra causa del sangrado, constituyendo este grupo la hemorragia subaracnoidea idiopática cuyo pronóstico es mucho más benigno.

34. Existen diversos factores de riesgo relacionados con la hemorragia subaracnoidea, entre ellos, la hipertensión arterial. La mejor prevención de la hemorragia subaracnoidea consiste en detectar aquellos pacientes con aneurismas cerebrales y tratarlos antes de que se produzca su ruptura.

35. Para ello deben identificarse los síntomas premonitorios del cuadro clínico de dicho padecimiento, que ocurren antes de que se dé la ruptura “mayor” de un aneurisma, entre los que se encuentra la llamada “cefalea centinela”, que se presenta hasta en un 45% de los casos. El síntoma más frecuente es una cefalea brusca, debido probablemente a un pequeño sangrado aneurismático, que se diagnostica mal en un 12% de los casos. La ruptura mayor del aneurisma sucede a la cefalea centinela entre 1 y 6 semanas.

[10] La Opinión Médica especializada cita como fuente de la información sobre el tema la siguiente: A. Lagares; P.A. Gómez; J.F. Alen; F. Arikam; R. Sarabia; A. Horcajadas Hemorragia subaracnoidea aneurismática: guía de tratamiento del Grupo de Patología Vascular de la Sociedad Española de Neurocirugía. Neurocirugía 2011; 22: 93-115.

36. La hemorragia subaracnoidea es una emergencia médica, siendo esencial su diagnóstico precoz e ingreso para tratamiento del paciente en un medio adecuado, sin embargo, hasta un 20% de los casos son mal diagnosticados inicialmente, tal y como ocurrió en caso de V. Siempre se debe sospechar la presencia de hemorragia subaracnoidea cuando existe una cefalea intensa, de aparición brusca, pudiendo ir seguida de alteración en el sensorio, náuseas, vómitos, rigidez de nuca y déficits focales incluyendo parálisis de pares craneales, algunos de tales síntomas fueron presentados por V, sin embargo no fueron debidamente identificados por el personal médico que la atendió, y en consecuencia no se determinó un manejo adecuado de tal padecimiento, lo que repercutió gravemente en el deterioro de su salud, tal y como se expone en el cuerpo de la presente Recomendación.

37. Tratándose de tal padecimiento, es importante estimar el grado clínico de cada paciente ya que existe una buena correlación entre la evolución final y el grado clínico inicial, ya que las escalas de evaluación clínica dan idea del efecto inicial de la hemorragia y de los efectos fisiopatológicos que suceden en el comienzo de la enfermedad.

38. Es por ello que, de acuerdo a la opinión del personal médico especializado de este Organismo Autónomo, la tomografía de cráneo es la prueba más sensible en el diagnóstico de la HSA; y siempre se debe practicar lo antes posible después de la sospecha clínica de HSA, ya que con el paso de los días pierde sensibilidad al irse lisando la sangre depositada en el espacio subaracnoideo.

39. El personal médico especializado de este Organismo Autónomo señaló que la escala Fisher es la más utilizada actualmente, aunque se han propuesto otras que tienen en cuenta el volumen de sangrado intraventricular. La prueba estándar para el diagnóstico de aneurismas responsables de hemorragia subaracnoidea sigue siendo

la angiografía cerebral y, por lo tanto, aquellos pacientes con hemorragia subaracnoidea y angio-TC negativo deben ser sometidos a arteriografía de cuatro vasos para descartar la presencia de patología vascular subyacente.

40. Dicha prueba se debe realizar lo antes posible tras la hemorragia, no se aconseja realizar en las primeras 6 horas del sangrado, pues parece que aumenta el riesgo de resangrado. Con esta prueba se aprecian las características anatómicas del aneurisma y de los vasos del polígono de Willis, así como datos fundamentales en la planificación del tratamiento quirúrgico. Así mismo, se puede hacer una valoración del estado de la circulación cerebral. El grado de vasoespasmo angiográfico se clasifica según la escala de Fisher.

41. Al respecto, se precisa que el personal médico especializado de esta Comisión Nacional ha señalado cuáles son las escalas de evaluación recomendadas para el diagnóstico y tratamiento de dicha enfermedad.[11]

42. Finalmente, el personal médico especializado de este Organismo Nacional señaló que es importante estimar el grado clínico de cada paciente ya que existe una buena correlación entre la evolución final y el grado clínico inicial, ya que las escalas de

[11] Entre las que destacan las siguientes: *I)Escala de Coma de Glasgow*, que evalúa el nivel de conciencia; su interpretación debe ser la siguiente a) Leve: >13 puntos. La duración del coma suele ser menor a 20 minutos. b) Moderado: 9-12 puntos. La duración del coma es mayor de 20 minutos y menor de 6 horas tras la admisión del paciente. c) Grave o severa: < 8 puntos. La duración del coma es mayor de 6 horas tras la admisión del paciente;
II) *Escala de Hunte y Hess:* es una escala de gravedad de la HSA basada en los síntomas en el momento de la presentación;
III) *Escala de Fisher:* se utiliza para clasificar la HSA según los hallazgos en la tomografía computarizada. Se asocia con la aparición de vasoespasmo y de isquemia cerebral;
IV) *Escala de la Federación Mundial de Neurocirujanos (WFNS)*: incluye la escala de coma de Glasgow del paciente y los déficits neurológicos focales para medir la gravedad de los síntomas.

evaluación clínica dan idea del efecto inicial de la hemorragia y de los efectos fisiopatológicos que suceden en el comienzo de la enfermedad.

43. Bajo esa tesitura, en la referida Opinión Médica Especializada se determinó que para un correcto tratamiento de esta enfermedad es necesario un diagnóstico precoz, sin embargo, en el 20% de los casos no se diagnostica adecuadamente la primera hemorragia, tal y como ocurrió en el caso de V. Igualmente, es esencial el traslado inmediato a un centro hospitalario con servicios de Neurocirugía y Neurorradiología, toda vez que la persona especialista en Neurocirugía sería responsable de coordinar a los distintos especialistas integrados en el manejo de la HSA. Además, es necesaria la prevención del resangrado mediante cirugía y/o embolización; así como la estabilización del paciente critico en UVI, con el fin de intentar que la mayoría de los casos sean potencialmente tratables, mediante cirugía y/o embolización. Finalmente, destaca la necesidad de prevención y de un tratamiento agresivo de la isquemia cerebral, especialmente en los casos en los que ya se ha ocluido el aneurisma.

44. Es por ello, en las primeras horas de evolución de una HSA, el manejo terapéutico debe orientarse a la prevención del resangrado. Esta complicación trae consigo una mortalidad del 20-60%. EI riesgo de resangrado es del 8-23% en las primeras 72 horas, con un riesgo máximo en las primeras 6 horas (cuando ocurren el 50%-90%).

45. Cabe señalar que los factores de riesgo para el resangrado son: puntuaciones altas en las escalas de gravedad de la hemorragia subaracnoidea, hipertensión, tamaño del aneurisma y, potencialmente, el uso de medicamentos antiplaquetarios. Deben evitarse las fluctuaciones de la presión arterial y los picos de TA muy elevadas. Las guías actuales recomiendan mantener la tensión arterial sistólica por debajo de 160 mm Hg, también se recomienda su monitorización continua y el tratamiento intravenoso en infusión continua sobre los bolus de antiHTA, para prevenir las fluctuaciones y las

tensiones elevadas.[12]

46. A pesar de que el ictus isquémico ha recibido atención por parte de las autoridades sanitarias en cuanto a su tratamiento agudo y su traslado a centros con Unidades de Ictus, la hemorragia subaracnoidea no ha recibido tanta atención. Es por ello, que el personal médico especializado de este Organismo Nacional señaló que sería deseable que se instaurara algún mecanismo para detectar aquellas personas con alta sospecha de hemorragia subaracnoidea y que éstos fueran remitidos a centros donde pudieran ser tratados, evitando traslados secundarios. Lo anterior, en atención a que el manejo inicial de una persona diagnosticada con ictus isquémico o hemorrágico debe ser similar; debe tenerse en cuenta su situación neurológica, dando especial importancia al nivel de conciencia. Por ello, la evaluación inicial y la monitorización de la situación neurológica del enfermo debe ser realizada obteniendo la puntuación en la escala de coma de *Glasgow (Gcs)* y el *World Federation of Neurologicacl Surgeons (wens)* del enfermo.

47. Sin embargo, el personal médico que atendió a V en la UMF 28, omitió diagnosticar adecuadamente el padecimiento de V, mientras que el personal médico de V fue omiso en responder y autorizar el traslado inmediato de V para su valoración, lo que incidió en un tratamiento tardío e inadecuado que impactó gravemente su salud, ocasionando su deceso, tal y como se expondrá en los siguientes apartados.

A.1.1. Atención médica proporcionada a V en la UMF 28

48. El día 14 de enero del 2023 a las 09:57 horas V fue llevada por sus familiares a

[12] La Opinión Médica especializada emitida por personal de la CNDH cita la siguiente fuente: Gobierno de Aragón. Dirección de Asistencia Sanitaria, Departamento de Sanidad. Atención a al Hemorragia Subaracnoidea No traumática en Aragón. Junio 2021.

la UMF 28, tras iniciar a las 08:30 horas aproximadamente de ese mismo día con cefalea holocraneana intensa, sudoración profunda, vómito en siete ocasiones de contenido gastroalimentario, acompañado de nausea; arribando al área de Triage del citado nosocomio en la hora previamente mencionada, donde fue categorizada con el nivel de gravedad amarillo por presentar hipertensión arterial de 190/110 mmHg (valor normal debe ser menor a 120/80 mmHg en personas con antecedentes de Hipertensión Arterial Sistémica) y el resto de signos vitales dentro de parámetros normales.

49. Cabe señalar que, en relación con el Triage, se trata de una escala de gravedad (cinco niveles) descrita en el Procedimiento para la Atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención IMSS (2660-003-045), la cual permite valorar de manera preliminar a los pacientes, así como identificar los factores de riesgo y poder categorizar su urgencia, lo anterior se realiza previo a la atención clínica completa por personal médico del Servicio de Urgencias; dentro de dicha escala se tiene el nivel de color amarillo (nivel otorgado a V en este caso) el cual sé considera como una Urgencia ya que son condiciones en las cuales el paciente puede deteriorarse, llegando a poner en peligro su vida o la función de alguna extremidad y/u órgano, debiendo ser atendido en los primeros 30 minutos; por lo que en ese momento se asignó de manera adecuada dicha clasificación conforme al nivel de gravedad de la sintomatología y signos vitales presentados.

50. Sin embargo, fue hasta cincuenta y tres minutos después de su llegada al citado nosocomio, es decir a las 10:50 horas, que V fue atendida por AR1, lo que evidencia un tiempo inadecuado para la valoración de dicho evento (menor a 30 minutos) conforme al Procedimiento para la Atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención IMSS.

51. AR1 refirió que V presentó signos vitales de hipertensión arterial (190/110 mmHg) y taquipnea (24 respiraciones por minuto), a la exploración física bajo interrogatorio indirecto, realizado a VI2, por encontrarse con tendencia a la somnolencia, palidez generalizada de mucosas, pupilas isocoricas normoreflexivas, campos pulmonares bien ventilados sin alteraciones, abdomen blando depresible sin datos de irritación peritoneal, con dolor a la palpación media en epigastrio; integrando los diagnósticos de gastroenteritis alimentaria y descontrol hipertensivo; por lo que se determinó su ingreso hospitalario para hidratación intravenosa, así como tratamiento con omeprazol (protector de la mucosa gástrica), amlodipino (antihipertensivo), losartán (antihipertensivo) y difenidol (antiemético), así como toma de pruebas de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina) y electrocardiograma, vigilando su estado neurológico y respiratorio.

52. En atención a lo anterior, y de acuerdo a la opinión médica especializada realizada por este Organismo Nacional, atendiendo al hecho de que V presentó tensiones arteriales de 190/110 mmHg, AR1 debió considerarla como una crisis hipertensiva,[13] misma que se caracteriza por ir acompañada de cefalea, nausea y vómito, síntomas que analizados en conjunto con el resultado de una exploración física adecuada, habría orientado sobre la existencia o no de datos clínicos de daño a órgano blanco, y de esta manera, se habría distinguido entre una emergencia de una urgencia hipertensiva.

[13] Conforme a lo establecido en la Opinión Médica especializada hecha por este Organismo Nacional, la crisis hipertensiva se define como elevación de la presión arterial, considerada de la cifra diastólica >120 mmHg y sistólica >180mmHg. Ésta se clasifica en A) Emergencia hipertensiva: implica un estado de mayor gravedad y peor diagnóstico por la presencia de daño agudo a un órgano blanco. B) Urgencia hipertensiva: Es aquella elevación de hipertensión arterial, que en general se presenta en pacientes con hipertensión crónica previamente diagnosticada, con daño crónico a algún órgano diana, pero no se encuentra relación alguna con daño agudo.

53. Sin embargo, la exploración física realizada por AR1 fue insuficiente, ya que no efectuó, ni reportó valoración de escala de Glasgow (apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motriz), como se advierte de la nota médica que elaboró, cuyos datos son insuficientes para acreditar una adecuada determinación del cuadro clínico que presentaba V; lo anterior, por mayoría de razón al considerar que V fue referida con somnolencia y cefalea intensa seguida de vómitos y nauseas.

54. Bajo ese contexto, en el presente caso se cuenta con evidencia de que AR1 omitió observar lo establecido en el *Procedimiento* y en la *Guía* , al haber tardado más de 30 minutos en la atención médica de V, no realizarle una adecuada exploración física y al haber realizado un mal diagnóstico de gastroenteritis gastroalimentaria, sin contar con datos clínicos compatibles a dicho cuadro clínico (fiebre, náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal), lo cual evidentemente repercutió en el retraso del adecuado diagnóstico y tratamiento de V, ocasionando con ello el deterioro de su estado de salud.

55. Ahora bien, derivado de las posibles complicaciones que podían presentarse en V ante una crisis hipertensiva, con deterioro del estado neurológico (somnolencia) y considerando que se encontraba en una Unidad de Medicina Familiar, que corresponde a un Primer nivel de atención, en cuyas instalaciones no se contaba con los recursos materiales ni humanos necesarios para la adecuada atención de V, ni para atender de manera óptima y oportuna las posibles complicaciones; AR1 debió indicar, de inmediato, la referencia a un Segundo o Tercer nivel de atención para valoración especializada por el servicio de Medicina Interna y/o Neurocirugía, así como toma de tomografía axial computarizada de cráneo, de acuerdo a lo establecido en la *Guía* y el *Reglamento* en su artículo 94, sin embargo, esto no fue realizado, lo que repercutió en el estado clínico de V.

56. Aunado a lo anterior, dos horas después de la última valoración médica, a las 12:57 horas, V fue atendida por AR2 quien refirió que a la exploración encontró a V con signos vitales a expensas de hipertensión arterial (190/100 mmHg), taquipnea (24 respiraciones por minuto) y resto de signos vitales normales, hidratada, sin apertura ocular espontanea, pupilas isocóricas y normorefléxicas, con pobre respuesta a estimulo verbal, no articulando palabra, movimiento espontaneo de cuatro extremidades con localización de estímulo físico, no valorable el habla ya que no respondía a estímulos (no emitía sonidos), con una escala de Glasgow de 7 no traumático, lo cual, de acuerdo a la Opinión Médica especializada, constituían datos clínicos compatibles con progresión de deterioro neurológico.

57. Ahora bien, AR2 reportó como parte de los resultados de estudios de laboratorio realizado a V, glucosa elevada (424 mg/dl), sin reportar electrocardiograma; estableciendo como diagnósticos “encefalopatía no especificada y crisis hipertensiva tipo emergencia”; y ordenó un tratamiento a base de antibioticoterapia (levofloxacino) sin especificar motivo, fluidoterapia, antihipertensivo (losartan y amlodipino), insulina con esquema de acción rápida e inhibidor de bomba de protones (omeprazol).

58. En consideración a lo anterior, y de acuerdo a la Opinión Médica especializada realizada por personal de este Organismo Nacional, AR2 omitió establecer el diagnóstico de descontrol glucémico, a pesar de que ello podía estar favoreciendo el deterioro neurológico de V; máxime al considerar que, pese al doble esquema de medicamento antihipertensivo (amlodipino y losartan), la tensión arterial de V no estaba teniendo una respuesta favorable, ya que no se observaba una disminución en ésta, de tal manera que V continuaba bajo crisis hipertensiva y con aumento de datos clínicos de deterioro neurológico; lo cual era suficiente para que AR2 determinara realizar de inmediato su traslado a un Hospital de Segundo o Tercer nivel de atención médica, sin que dicha acción se hubiese llevado a cabo; tal omisión, causó deterioro

del estado clínico de V, ya que con ello se retrasó su diagnóstico y tratamiento, máxime al considerar que V llevaba casi cinco horas de evolución del cuadro clínico referido sin mejoría clínica.

59. En la Opinión Médica especializada realizada por esta Comisión Nacional se destaca que, en la *Guía* se sugiere que en pacientes con encefalopatía hipertensiva se disminuya de manera inmediata la tensión arterial media, de 20% a 25%, utilizando como tratamiento de primera linea labetalol o nitroprusiato de sodio como mango de segunda línea, por lo cual, el tratamiento antihipertensivo dado a V fue insuficiente para el control de la crisis hipertensiva, dado el cuadro severo que presentaba.

60. Aunado a lo anterior, es necesario considerar que, conforme a los diagnósticos referidos por AR2, la encefalopatía hipertensiva es una emergencia caracterizada por disfunción neurológica aguda en el marco de un incremento agudo y severo de la presión arterial, típicamente mayor de 180 mmHg presión sistólica y mayor a 120 mmHg presión diastólica; clínicamente hay compromiso del sensorio, confusión, crisis epilépticas y alteraciones visuales; el término encefalopatía se refiere a la disfunción cortical cerebral difusa sin evidencia clínica, ni imagenológica de focalización; por lo cual, de acuerdo a la Opinión Médica emitida por personal de este Organismo Autónomo, ante la evidencia clínica de la elevación de cifras tensionales (190/110 y 190/100 mmHg) en V, debía ser remitida de inmediato y con carácter urgente a un Hospital de Segundo o Tercer nivel de atención médica, ya que podría desencadenarse daño a órgano blanco, como es encéfalo, corazón y pulmón, principalmente, sin que dicho traslado haya sido realizado con la prontitud y urgencia que requería debido a la gravedad del caso.

61. En efecto, a las 13:38 horas, del día señalado, la propia AR2 señaló que se advertía en V indiferencia al medio, lo cual, conforme a la opinión del personal médico

especializado de esta Comisión Nacional, constituía un dato clínico que indicaba la progresión del deterioro neurológico; sin embargo AR2 se limitó a referir que “se intentó comunicación al CMN para el traslado de V sin obtener una respuesta”; así mismo, hizo mención que derivado de la escala de Glasgow de 7 que presentaba V en ese momento, se valoraría el uso de intubación orotraqueal para protección de vía aérea.

62. El traslado urgente de V a un Hospital de Segundo o Tercer nivel era fundamental, ya que de acuerdo a la Opinión Médica especializada emitida por esta Comisión Nacional, los pacientes con emergencia hipertensiva no sólo deben contar con estudios de laboratorio básicos (biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina), sino que se les deben realizar estudios específicos para determinar el sitio de daño orgánico, como es el caso de una tomografía axial computarizada de cráneo; en ese tenor, considerando el cuadro clínico que presentaba V, se debió de haber indicado dicha tomografía axial a fin de estar en posibilidad de descartar un evento cerebral vascular, hemorrágico o isquémico; estudio especializado que por sus características no podía ser realizado en una Unidad de Medicina Familiar; lo que impedía al personal médico a trasladar de inmediato a V a un Hospital de Segundo o Tercer nivel de atención médica desde su ingreso a la UMF 28, ocurrido a las 10:50 horas, ya que desde ese momento manifestaba datos de deterioro neurológico, con el riesgo de daño a órgano blanco, sin embargo ni AR1, ni AR2 aseguraron el traslado inmediato de V para su debida atención.

63. El mismo día, a las 18:44 horas, V fue atendida nuevamente por AR2, quien refirió que presentó signos vitales alterados a expensas de hipertensión (180/100 mmHg), taquicardia (104 respiraciones por minuto), estuporosa sin localizar ni movilizar, con escala de Glasgow 3, iniciando periodos de apnea, no decorticada, no focalizada o lateralizada, Babinski positivo, campos pulmonares con buena entrada de

aire, ruidos cardiacos rítmicos; en ese momento se determinó iniciar secuencia rápida de intubación, previa autorización de familiares para protección de vía aérea, con vía aérea difícil, disminuyendo cifras tensionales posterior a la reanimación; igualmente, AR2 señaló que “se intentó” envío de V al CMN para evitar mayor deterioro; pero que, en dicha unidad clínica no se contaba con ambulancia de traslado, por lo que se subrogó el servicio de ambulancia, misma que arribó cuatro horas después de la petición, al respecto, este Organismo Nacional advierte que tal dilación en el traslado impactó en el deterioro del estado de salud de V, y que ello obedeció al hecho de que AR1 y AR2 solicitaron el servicio de ambulancia de manera tardía. Cabe señalar que, adicionalmente, AR2 solicitó estudio tomográfico y/o resonancia magnética de cráneo y valoración neurocirugía.

64. De lo expuesto, se advierte que V estuvo ocho horas en la UMF 28, durante las cuales se le mantuvo bajo tratamiento antihipertensivo (losartan y amlodipino) sin observarse mejoría clínica y sin poder establecer un diagnóstico certero al no contar con los insumos necesarios, materiales y humanos, por tratarse de un Primer nivel de atención médica; por lo que, este Organismo Nacional advierte que la omisión en que incurrieron AR1 y AR2 conculcaron el derecho humano a la salud de V, toda vez que al no haber sido trasladada de manera inmediata y urgente a un hospital de Segundo o Tercer nivel a partir del momento en que acudió al Servicio de Urgencias de dicha Unidad de Medicina Familiar, contribuyeron al deterioro grave de su estado de salud, lo que ocasionó su eventual muerte.

65. No pasa inadvertido para este Organismo Nacional que, si bien en la nota médica previa elaborada por AR2 se refirió que se subrogó el servicio de ambulancia, su arribo cuatro horas después de la petición, obedece al hecho de que está fue solicitada de manera tardía, ya que debió haber sido pedida por AR1 y AR2 desde el ingreso hospitalario de V, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de

Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

A.1.2. Atención proporcionada en el HGZ 8

66. El mismo día, 14 de enero del 2023, a las 19:40 horas, en la ambulancia subrogada, V arribó al HGZ 8 y fue atendida por PSP5, quien refirió que presentó signos vitales alterados a expensas de taquicardia (111 latidos por minuto) e hipertensión arterial sistémica (230/120 mmHg), lo cual era la elevación de tensión arterial más alta hasta ese momento; bajo intubación orotraqueal, funciones mentales no valorables, cráneo normocéfalo, pupilas isocóricas, arreflécticas al estimulo luminoso, mucosa oral deshidratada, tórax con adecuada mecánica ventilatoria, área pulmonar con buena entrada y salida de aire, sin estertores ni sibilancias, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono y frecuencia; estudios de laboratorio con hiperglucemia (424 mg/dl) y resto de valores normales.

67. PSP5 integró los diagnósticos de deterioro neurológico agudo, a descartar enfermedad vascular cerebral isquémico vs hemorrágico, crisis hipertensiva y diabetes mellitus descontrolada; solicitó tomografía axial computarizada de cráneo e indicó manejo con antihipertensivo del tipo calcioantagonista (amlodipino) así como esquema de insulina de acción rápida; vigilancia neurológica, vigilancia de patrón respiratorio y colocación de sonda Foley; no obstante, es importante agregar que, también debió ser solicitada interconsulta por el servicio de Medicina Interna y/o Neurología.

68. Cabe señalar que, en la G*uía* que cita la Opinión Médica especializada realizada por este Organismo Nacional, se sugiere que en el paciente con probable hemorragia intracerebral aguda que presenta tensión arterial sistólica superior a 220 mmHg, se utilice como tratamiento de primera linea labetalol, con monitoreo de la tensión arterial.

69. A las 20:00 horas del día señalado, PSP5 reportó resultado de tomografía de cráneo en la que se observó hemorragia parenquimatosa frontoparietal izquierda de 4x4x3.5 centímetros, con irrupción al sistema ventricular supra e infratentorial, con desplazamiento de la línea media 06 milímetros, hemorragia subaracnoidea, edema cerebral, hernia subfalcina, hernia amigdalina cerebelosa; lo cual constituían datos compatibles con un evento cerebral vascular del tipo hemorrágico; por lo cual se integró el diagnóstico de enfermedad vascular cerebral tipo hemorrágico para realizar solicitud vía correo electrónico a CMN, a fin de que V fuese valorada por el servicio de Neurocirugía.

70. Ese mismo día, 14 de enero del 2023, a las 23:55 horas, PSP1 refirió que V presentó hipertensión arterial (165/89 mmHg), encontrándola bajo sedación, con apoyo de ventilación mecánica invasiva con ventilador tipo Drager en modo ACV[14], campos pulmonares con adecuada aireación sin uso de músculos accesorios, manteniéndola en ayuno por descontrol glucémico con glucosa central de 458 mg/dL; adicionalmente, PSP1 refirió que envió por segunda ocasión correo electrónico al CMN, al servicio de Neurocirugía, sin haber recibido a esa fecha respuesta, manteniendo medidas de neuro protección (uso de manitol) y antihipertensivo (losartan y amlodipino) en apego a los parámetros GHOSTCAP[15] y THE MANTLE,[16] e iniciando medidas anti edema cerebral bajo sedo analgesia y administración de manitol.

[14] Modo controlado por flujo o volumen y ciclado por tiempo.
[15] Fabio Silvio Taccone, Airton Leonardo De Oliveira Manoel. Use a “GHOST-CAP” in acute brain injury (lesión cerebral aguda). Taccone et al. Critical Care (2020) 24:89 https://doi.org/10.1186/s13054-020-2825-7. Department of Intensive Care, Erasme Hospital, Université Libre de Bruxelles (ULB), Route de Lennik, 808, 1070 Brussels, Belgium.
[16] Daniel Agustin Godoy1, Francisco Murillo-Cabezas. “THE MANTLE” bundle for minimizing cerebral hypoxia in severe traumatic brain injury (Paquete para minimizar la hipoxia cerebral en lesiones cerebrales traumáticas graves). Godoy et al. Critical Care (2023) 27:13 https://doi.org/10.1186/s13054-022-04242-3.

71. El 15 de enero del 2023, a las 05:00 horas, PSP8 adscrito al Servicio de Urgencias, refirió que colocó a V catéter venoso central para administración de medicamentos, a 15 centímetros del sitio de punción, confirmó flujo y retorno de forma satisfactoria, solicitando radiografía de tórax para corroborar colocación adecuada, sin reportar eventualidades durante el procedimiento.

72. El mismo día, a las 10:17 horas, V fue atendida por PSP2, adscrita al Servicio de Urgencias, quien refirió que, a la exploración física, V presentaba hipertensión (175/61 mmHg), con resto de signos vitales normales, afebril, con deterioro neurológico, bajo sedación, pupilas simétricas hiporreflécticas a estimulo luminoso, funciones mentales no valorables, precordio rítmico, con adecuado tono e intensidad, con apoyo de mecánica ventilatoria, con movimientos de amplexión y amplexación, murmullo vesicular presente, hipoaereacion bilateral de predominio en las bases, con presencia de sonda orogástrica funcional, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, peristalsis presente.

73. Adicionalmente, PSP2 continuó con el diagnóstico que había sido previamente establecido (enfermedad vascular cerebral tipo hemorrágico) y con medidas de neuro protección (uso de manitol), adjuntando evidencia de envío de correos electrónicos al servicio de Neurocirugía para valoración especializada en el CMN.

74. A las 16:40 horas, PSP9, adscrita al Servicio de Urgencias refirió que, a la exploración física encontró a V bajo sedación, con pupilas simétricas mióticas, hiporreflecticas a estimulo luminoso, funciones mentales no valorables, sin apoyo de aminas vasoactivas, precordio rítmico, adecuado tono intensidad, sin ruidos agregados, se continuó tratamiento antihipertensivo (losartan y amlodipino), para mantener metas de presión arterial, medidas de neuro protección (manitol), con apoyo mecánico ventilatorio invasivo, con movimientos de amplexión y amplexación

adecuados, murmullo vesicular presente sin estertores ni sibilancias, con sonda Foley a derivación con gasto urinario naranja, en ayuno con sonda nasogástrica, con ultima glucemia capilar de 110 mg/dL (normal), abdomen blando depresible, peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal; laboratorios dentro de parámetros normales (urea 39 mg/dl, bun18 mg/dl, sodio 136 mg/dl, potasio 3.6 mg/dl, cloro 96.6 mg/dl).

75. PSP9 asentó en la nota de evolución turno verpertino correspondiente al 15 de enero de 2023, a las 16:40 horas, que el CMN había aceptado a V para valoración, por lo que se iniciaría procedimiento para su traslado, dando aviso a la subdirección médica para subrogar ambulancia y quedando en espera de ésta, de acuerdo al Procedimiento para el traslado de pacientes en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (2680-803-062), sin que pase desapercibido para este Organismo Nacional que la solicitud realizada por el HGZ 8 para la valoración de V por el servicio de Neurocirugía del CMN, fue aceptada casi 20 horas después, sin precisar el motivo, lo cual constituye una vulneración al derecho a la salud en agravio de V, puesto que ello incidió en el deterioro de su estado de salud, dada la gravedad de su padecimiento.

A.1.3. Atención medida brindada en el CMN “Siglo XXI”

76. A las 18:26 horas, del día señalado, y después de haber transcurrido más de 20 horas a partir de la primera solicitud de traslado realizada por el HGZ8 al servicio de Neurocirugía del CMN, V arribo a dicho nosocomio, donde fue ingresada al área de Urgencias por PSP12, persona adscrita al mismo servicio, quien a la exploración física refirió encontrar a V bajo sedación con propofol[17] y midazolam, manteniendo

[17] El Propofol es un anestésico general inyectable de acción corta, con un comienzo de acción rápida de aproximadamente 30 segundos y una recuperación anestésica rápida. Anestesia general (inducción y

RASS-5[18], pupilas anisocoricas[19], reflejos de tallo disminuidos, estable, sin apoyo de vasopresor con acceso venoso central subclavio derecho, ruidos[20] cardiacos rítmicos de adecuada intensidad, llenado capilar inmediato, con apoyo de ventilación mecánica invasiva con parámetros dinámicos, con sonda nasogástrica para administración de medicamentos, con sonda Foley a derivación con 300 cc de orina concentrada, glucosa capilar elevada de 365 mg/dL, ya bajo esquema de rescate e integró los diagnósticos de hemorragia intraparenquimatosa subaracnoidea, indicando continuar con ayuno, momento al cual continuaba pendiente la valoración por el servicio de Medicina Interna y Neurocirugía.

77. El mismo día, sin referir horario, V fue valorada por PMR1 y PMR2 y la subdirección médica, cabe señalar que no se estableció el nombre, ni cédula profesional del personal médico que los supervisó; quienes una vez realizada la exploración física de V, señalaron que se le encontró con hipertensión leve (149/79 mmHg), bajo suspensión de sedación con propofol de 30 minutos, bajo ventilación mecánica invasiva, Glasgow 6 (motor 4, verbal 1, ocular 1), funciones mentales no valorables por estado neurológico, y recibidos los resultados de TAC de cráneo y angio TAC cerebral, de fecha 15 de enero de 2023, por lo que integraron el diagnóstico de

mantenimiento). Sedación: sedación en adultos ventilados en cuidados intensivos, así como sedación superficial para intervenciones quirúrgicas y técnicas diagnósticas. Fuente http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/143.HTM

[18] Richmond Agitation Sedation Scale

[19] La anisocoria se produce cuando las pupilas de los ojos no tienen el mismo tamaño. La pupila permite que la luz ingrese a los ojos para que pueda ver. Fuente https://www.aao.org/salud-ocular/enfermedades/que-es-la-anisocoria.

[20] La inyección de midazolam se usa antes de los procedimientos médicos y cirugía para causar somnolencia, aliviar la ansiedad y evitar cualquier recuerdo del evento. Algunas veces también se administra como parte de la anestesia durante la cirugía para producir pérdida del conocimiento. La inyección de midazolam también se usa para ocasionar un estado de consciencia disminuida en las personas con enfermedades graves que están en una unidad de cuidado intensivo (ICU) que están respirando con ayuda de una máquina. La inyección de midazolam pertenece a una clase de medicamentos llamados benzodiacepinas. Funciona al retrasar la actividad del cerebro para permitir la relajación y consciencia disminuida. Fuente: https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a609014-es.html.

hemorragia subaracnoidea de probable etiología aneurismática Fisher IV, hidrocefalia secundaria, infarto de arteria cerebral media izquierda por vasoespasmo.

78. Por la severidad de la hemorragia y datos de infarto por vasoespasmo en áreas elocuentes, establecieron un muy mal pronóstico funcional y para la vida, señalando que comentaron con los familiares pronóstico y severidad de V, con y sin tratamiento quirúrgico, y que ésta decidió no aceptar manejo quirúrgico y egresar a V para continuar tratamiento médico en su unidad correspondiente.

79. Este Organismo Nacional advierte que la respuesta tardía por parte de AR3, personal adscrito al Servicio de Neurocirugía del CMN, incidió en el deterioro del estado de salud de V, en relación a las solicitudes para el traslado de V que fueron hechas por el HGZ 8, ya que debido a tal respuesta tardía dicho traslado se realizó 20 horas después de la primera petición, tiempo que impactó en el sensible deterioro de su estado, con lo cual se vulneró su derecho humano a la salud, ya que de acuerdo a lo expuesto en la Opinión Médica emitida por personal de este Organismo Nacional, la atención médica inmediata y especializada que requería V con carácter urgente, era determinante para evitar que su padecimiento evolucionara hasta desencadenar su muerte.

A.1.4. Atención en el HGZ 8 una vez que V fue regresada a dicho nosocomio por parte del CMN "Siglo XXI"

80. Ahora bien, el 16 de enero del 2023, a las 03:30 horas V fue llevada de regreso al HGZ 8, donde PMR3, sin nombre, cédula profesional o matricula de médico de base que supervisó, según se advierte de la Nota de Evolución Turno Nocturno, refirió que encontró a V bajo sedación, con pupilas simétricas, mióticas, hiporreflexias a estimulo luminoso, funciones mentales no valorables, sin apoyo de aminas vasoactivas,

precordio rítmico, sin ruidos agregados, pulsos distales presentes, apoyo mecánico ventilatorio invasivo, con tórax con mecánica ventilatoria, movimientos de amplexión y amplexación, con sonda Foley a derivación, con gasto urinario no cuantificado; cabe señalar que PMR3, persona adscrita al servicio de Urgencias, hizo mención que en turno previo V acudió a valoración al servicio de Neurocirugía del CMN, que los familiares no aceptaron manejo quirúrgico, debido a lo cual se egresó a V para continuar su tratamiento médico en HGZ 8; y que se había explicado a los familiares el estado de salud de V y su pronóstico grave, continuando bajo tratamiento antihipertensivos y sedación.

81. El mismo día, 16 de enero del 2023, a las 07:50 horas, PSP3, persona adscrita al servicio de Urgencias, realizó nota de egreso por defunción, refiriendo que, de acuerdo al reporte de enfermería, V había estado bajo monitorización cardiaca continua y con medidas de protección neurológica (sedación y uso de manitol), además de monitorización por telemetría, presencia de trazo con asistolia, por la cual se había activado protocolo de reanimación con toma de pulso a nivel carotideo el cual estaba ausente, iniciando maniobras de compresiones torácicas a las 07:30 horas, realizando seis ciclos, además de administración de dos dosis de adrenalina, sin evidencia de retorno de la circulación espontanea clínica ni electrocardiográficamente.

82. Finalmente, se señaló como hora de defunción de V las 07:50 horas, con los diagnósticos de evento vascular cerebral hemorrágico (36 horas), hemorragia intraparenquimatosa fronto parietal (36 horas), diabetes mellitus tipo 2 (15 años) e Hipertensión Arterial Sistémica (15 años).

83. En mérito de lo expuesto, este Organismo Nacional advierte que el mal diagnóstico y tratamiento realizado en la UMF 28, ante la crisis hipertensiva de tipo emergencia que presentó V el 14 de enero del 2023, desde su llegada al Servicio de

Urgencias a las 9:55 horas, causó deterioro progresivo de su estado neurológico, lo cual repercutió en su posterior fallecimiento, con lo cual se acreditan las violaciones al derecho humano a la protección de la salud en agravio de V atribuible a AR1 y AR2.

84. En el mismo tenor, se advierte que la falta de atención y respuesta inmediata a las solicitudes de traslado de V, hechas por el HGZ 8 al CMN, para su valoración y atención por el servicio de Neurocirugía en dicho Hospital de Especialidades Médicas, agravó su estado de salud, lo que también contribuyó a su eventual deceso, por lo se deberá investigar a AR3, personal médico responsable que omitió haber proporcionado tal autorización de manera inmediata a la recepción de la primera solicitud que fue hecha a las 20:00 horas del 14 de enero de 2023, según se advierte de la nota médica signada por PSP5.

85. En esa tesitura, del análisis de las evidencias que anteceden, se determinó que AR1y AR2 de la UMF 28, así como AR3 del CMN incumplieron en el ejercicio de sus funciones con lo dispuesto en los artículos 32, 33, fracción II y 51 de la Ley General de Salud, en concordancia con los artículos 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud, en los que se establece que la “atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”, entendiendo por ésta: “el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”, ya que las personas usuarias tienen derecho a “obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y recibir atención profesional y éticamente responsable”; así como un diagnóstico temprano que permita proporcionar un tratamiento oportuno, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V.

A.2. Personas médico residentes

86. De acuerdo a la Opinión Médica especializada emitida por este Organismo Nacional, se advierte que PMR1, PMR2 y PMR3 no fueron supervisados durante las realización de las actividades operativas propias de las especialidades en las que participaron, las cuales, si bien no repercutieron en el deterioro del estado clínico de V, si constituyen un incumplimiento de los puntos 5.7, 9.3.1, 10.3 y 10.5, de la NOM Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica, en los que se especifica que si bien las personas médico residentes son profesionales de la medicina, lo cierto es que cursan un período de capacitación, por ello requieren supervisión y guía en sus actividades bajo la dirección de su profesor titular, jefe/a de servicio y/o médico/a adscrita/o en un ambiente de respeto, lo cual no aconteció, en el mismo tenor, tal omisión constituye un incumplimiento al "Procedimiento para la planeación, programación, operación y evaluación del proceso educativo de residentes en curso de adiestramientos de especialización" en el IMSS.

87. En efecto, en el presente caso no se cuenta con información de la que se advierta que PMR1 y PMR2 fueron debidamente supervisados, ya que no figura el nombre, cédula profesional, matricula o firma de algún médico de base adscrito al servicio de Neurocirugía en la nota médica; y si bien es cierto que, esto no contribuyó al deterioro del estado clínico de V, si adquiere relevancia ante lo referido por la quejosa "... *aproximadamente a las 22:00 horas personal médico nos informó que (V) no era candidata para la cirugía propuesta, sin dar mayor explicación, solo nos exigieron se les firmara un documento en el que constaba que dieron información, una vez hecho lo anterior, fue trasladada de regreso al HGZ No. 8 del IMSS...* "; mientras que PMR1 y PMR2 señalaron en lo conducente que: "*... se comentó pronóstico y severidad del paciente con y sin tratamiento quirúrgico, por lo cual familiares deciden*

no aceptar manejo quirúrgico, decidiendo egresar para continuar tratamiento médico en su unidad correspondiente... ".

88. El incumplimiento de la normatividad descrita es atribuible al IMSS y, por lo tanto, constitutivas de responsabilidad institucional, en atención a que, tal y como ha sido expuesto en el cuerpo de la presente Recomendación, los médicos residentes deben contar con la supervisión y asesoría del personal médico adscrito, lo que no ocurrió en el caso concreto, con lo que el IMSS dejó de observar las normas que regulan lo atiente al proceso de educación, capacitación y supervisión de médicos residentes.

B. Derecho humano a la vida

89. El derecho a la vida es inherente e irrenunciable a la persona, y una obligación a cargo del Estado consistente en evitar y prevenir cualquier conducta que interfiera, impida o restrinja el ejercicio de ese derecho, ya sea por acción u omisión, por culpa o dolo de un individuo o autoridad.[21] Este derecho se encuentra reconocido en los artículos 1°, párrafo primero y 29 párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1.1 y 4.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 6.1 del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos; 1° y 3, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; así como 1°, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

90. En relación con dicho derecho humano, la CrIDH señaló que: "…no solo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere, a la luz de su obligación de garantizar el pleno

[21] Caso Reverón Trujillo Vs. Venezuela". Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 30 de junio de 2009, párr. 60. "Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México". Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 31 de agosto de 2010. Serie C No. 216, párr. 218.

y libre ejercicio de los derechos humanos, que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de quienes se encuentren bajo su jurisdicción".[22]

91. En ese tenor, la CrIDH reconoce que el derecho a la vida es un derecho fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de los demás derechos humanos,[23] por lo que "…los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones necesarias para que no se produzcan violaciones de ese derecho".[24]

92. Igualmente, la CrIDH ha señalado que la responsabilidad del Estado puede ser por falta de prevención, protección, y en su caso respeto, por lo que "…debe verificarse que al momento de los hechos existía una situación de riesgo real e inminente para la vida de un individuo o grupo de individuos determinados, que las autoridades conocían o debían tener conocimiento, y que no adoptaron las medidas necesarias dentro del ámbito de sus atribuciones que, juzgadas razonablemente, podrían esperarse para prevenir o evitar ese riesgo…".[25]

93. En el mismo tenor, la SCJN ha establecido que "El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (…) no sólo prohíbe la privación de la vida (…), también exige (…) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, 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

[22] CrIDH, "Caso Coc Max y otros (Masacre de Xamán) vs. Guatemala", Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 22 de agosto de 2018, párr. 107.
[23] CrIDH, "Caso Comunidad Garífuna de Punta Piedra y sus miembros vs. Honduras", Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 8 de octubre de 2015, párr. 262
[24] Ídem
[25] "Caso Hermanos Landaeta Mejías y otros vs. Venezuela", Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 27 de agosto de 2014, párr. 184.

de que se pierda en manos del Estado*".*[26]

B.1.Violación al derecho humano a la vida en agravio de V

94. En el presente caso, las evidencias y consideraciones a través de las cuales se acreditó la inadecuada atención médica brindada a V por AR1 y AR2 de la UMF 28, son el mismo soporte que acredita también la violación al derecho humano a la vida en su agravio.

95. Lo anterior, en atención a que el conjunto de omisiones en que incurrió AR1 y AR2 de la UMF 28 del IMSS, incidieron en una falta de diagnóstico oportuno y adecuado del padecimiento de V y, en consecuencia, en la falta de determinación de un tratamiento médico idóneo para tratar de manera eficaz su padecimiento y así evitar la pérdida de la vida de V.

96. Entre las omisiones atribuidas al personal médico de la UMF28, destaca que AR1 atendió de manera tardía a V, ya que de acuerdo al cuadro clínico que presentaba lo adecuado era haberle proporcionado atención en no más de 30 minutos desde su arribo, además omitió el diagnóstico de crisis hipertensiva y no realizó de manera adecuada la anamnesis y exploración física incluyendo la valoración de escala de Glasgow, lo cual era relevante ante el cuadro clínico manifestado; lo que causó un retraso en el diagnóstico y por ende en el inicio del tratamiento adecuado.

97. Aunado a lo anterior, AR2 omitió establecer el diagnóstico de descontrol glucémico en V, a pesar de que ello era de suma importancia debido a que dicha

[26] "Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del estado", Semanario Judicial de la Federación, Enero de 2011, Registro 162169.

condición podía estar favoreciendo su deterioro neurológico, máxime al considerar que era evidente que V continuaba bajo crisis hipertensiva y con aumento de datos clínicos de deterioro neurológico.

98. Es por ello que la omisión en que incurrieron AR1 y AR2 en solicitar el inmediato traslado de V a un Segundo o Tercer nivel de atención médica, agravó su estado de salud, ya que en la UMF 28 no se contaba con los elementos materiales, ni humanos necesarios para el adecuado tratamiento de V, ni para atender de manera oportuna cualquier complicación dado su delicado estado de salud, quien debido al cuadro clínico que presentaba requería con urgencia la valoración especializada por el servicio de Medicina Interna y/o Neurocirugía, así como para la toma de Tomografía Axial Computarizada de Cráneo, lo cual sólo era realizable en un Hospital de Segundo o Tercer nivel, lo cual era necesaria para su debido tratamiento y atención.

99. En el mismo tenor, las evidencias y consideraciones a través de las cuales se acreditó la falta de atención y respuesta inmediata por parte de AR3 a las solicitudes de traslado de V, realizadas por el personal médico del HGZ 8, para su valoración y atención por el servicio de Neurocirugía del CMN, son el mismo soporte que acredita también la violación al derecho humano a la vida en su agravio, toda vez que con ello AR3 contribuyó al deterioro de su sensible estado de salud, lo que condujo a su eventual fallecimiento.

100. En mérito de lo expuesto, este Organismo Nacional advierte que las omisiones descritas, ocasionaron que la detección del padecimiento de V y su tratamiento fueran tardíos e inadecuados; lo que produjo un deterioro clínico hasta la pérdida de la vida de V, quien de acuerdo a la Nota de Egreso por defunción de 16 de enero de 2023 murió por “evento vascular cerebral hemorrágico (36 horas), hemorragia intraparenquimatosa

fronto parietal (36 horas), diabetes mellitus tipo 2 (15 años) e Hipertensión Arterial (15 años)".

101. Bajo esa tesitura, se concluye que AR1 y AR2, de la UMF 28, así como AR3 del CMN, vulneraron en agravio de V, los derechos a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida, los cuales se encuentran previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 4, párrafo cuarto; 29, párrafo segundo, constitucionales; 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, 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 se debe efectuar un diagnóstico temprano, para así proporcionar el tratamiento oportuno y de calidad a fin de preservar la vida, situación que las personas servidoras públicas omitieron realizar.

D. RESPONSABILIDAD

D.1. Responsabilidad de las personas servidoras públicas

102. Este Organismo Nacional cuenta con evidencias suficientes que acreditan que las personas servidoras públicas cuyas omisiones han sido referidas en el cuerpo de la presente Recomendación, incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad, eficiencia, responsabilidad, ética profesional, excelencia, imparcialidad, calidez y calidad, en términos de lo dispuesto por los artículos 7, fracciones I, V y VII, y 49, fracción I de la Ley General de Responsabilidades Administrativas en relación con el numeral 303, de la Ley del Seguro Social, 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 aún, 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.

103. La atención médica brindada a V en la UMF 28 fue inadecuada e inoportuna por parte del personal médico que se indica en atención a las siguientes consideraciones:

104. Entre las omisiones atribuidas al personal médico de la UMF28, destaca que AR1 omitió observar lo establecido en el *Procedimiento* y en la *Guía* al haber tardado más de 30 minutos en la atención médica de V, no realizarle una adecuada exploración física y al haber realizado un mal diagnóstico de gastroenteritis gastroalimentaria, sin contar con datos clínicos compatibles a dicho cuadro clínico (fiebre, náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal), lo cual evidentemente repercutió en el retraso del adecuado diagnóstico y tratamiento de V, ocasionando con ello el deterioro de su estado de salud.

105. Aunado a lo anterior, AR1 omitió indicar, de manera urgente, la referencia de V a un hospital de Segundo o Tercer nivel de atención para una valoración especializada por el servicio de Medicina Interna y/o Neurocirugía, así como para la toma de Tomografía Axial Computarizada de Cráneo, con lo cual dejó de observar lo establecido en la *Guía* y al artículo 94 del *Reglamento* lo anterior considerando que en la citada Unidad de Medicina Familiar, no se contaba con los recursos materiales ni humanos necesarios para la adecuada atención de V, ni para atender las posibles complicaciones dado su estado de salud.

106. Por otra parte, no obstante los resultados de laboratorio con los que contaba, AR2 omitió establecer el diagnóstico de descontrol glucémico en V, lo cual adquiere relevancia al considerar que ello podía estar favoreciendo su deterioro neurológico, aunado al hecho de que, a pesar del doble esquema de medicamento antihipertensivo (amlodipino y losartan), la tensión arterial de V no disminuía, de tal manera que V continuaba bajo crisis hipertensiva y con aumento de datos clínicos de deterioro neurológico; lo cual era suficiente para que AR2 determinara realizar de inmediato su traslado a un Hospital de Segundo o Tercer nivel de atención médica, sin que dicha acción se haya llevado a cabo; lo cual ocasionó el deterioro del estado clínico de V, al haber retrasado su diagnóstico y tratamiento, considerando que V llevaba casi cinco horas de evolución del cuadro clínico referido sin mejoría clínica.

107. En ese tenor, este Organismo Nacional advierte que AR1 y AR2 debieron atender a la evidencia clínica de la elevación de cifras tensionales (190/110 y 190/100 mmHg) en V, a fin de remitirla de inmediato y con carácter urgente a un Hospital de Segundo o Tercer nivel de atención médica, toda vez que de acuerdo al cuadro clínico que presentaba, era necesario que recibiera una atención de emergencia en no más de 30 minutos, ya que podría desencadenarse daño a órgano blanco, como es encéfalo, corazón y pulmón, principalmente, sin que dicho traslado haya sido realizado con la prontitud y urgencia que se que requería por la gravedad del caso. Es por ello que se afirma que AR1 y AR2 fueron omisas en diagnosticar la crisis hipertensiva y, tampoco realizaron de manera adecuada la anamnesis y exploración física incluyendo la valoración de Glasgow, lo cual era relevante en el cuadro clínico manifestado por V, con lo que se ocasionó un retraso en el diagnóstico y, en consecuencia, en el inició de un tratamiento adecuado, lo que, eventualmente, condujo a su muerte.

108. Aunado a lo anterior, AR3 del CMN, fue omiso en atender de manera inmediata las solicitudes de traslado hechas por el personal médico del HGZ8, para la adecuada

valoración de V por el servicio de Neurocirugía del CMN, debido a lo cual, el referido traslado se realizó 20 horas después de haber sido recibida la primera solicitud, tiempo que impactó sensiblemente en el deterioro del estado de salud de V, por lo que además de AR3, se deberá investigar a las personas que a partir de las 20:00 horas del 14 de enero de 2023 recibieron y eran responsables de autorizar el traslado de V al CMN para la valoración requerida.

109. Finalmente, deberá investigarse el nombre de las personas servidoras públicas a cargo de las PMR1, PMR2, ambas del CMN, para que, en su caso, se deslinde la responsabilidad correspondiente al haber incumplido los puntos 5.7, 9.3.1, 10.3 y 10.5, de la NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

110. En el caso de PMR3 del HGZ8, este Organismo Nacional realizará la vista administrativa respectiva ante el Órgano Interno de Control Específico del IMSS a fin de que se determine la responsabilidad correspondiente por la falta de supervisión de dicho médico residente, ya que ello implica que el IMSS dejó de observar las normas que regulan lo relativo al proceso de educación, capacitación y supervisión de médicos residentes.

111. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política; 6, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como en el numeral 63 del Reglamento Interno de la CNDH, se cuenta con evidencias para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente vista administrativa ante el OIC-IMSS para efecto que se determine la responsabilidad administrativa que diera lugar en contra de AR1, AR2, ambas de la UMF 28 y AR3 del CMN así como por lo relativo a la supervisión de la actuación de

PMR1, PMR2 y PMR3, médicos residentes.

D.2. Responsabilidad institucional

112. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, “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.”

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

114. Asimismo, es trascendente reiterar que todas las autoridades en nuestro país, bajo sus respectivas competencias, deben velar no solamente por los derechos humanos contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos, sino también por aquellos contenidos en los instrumentos internacionales celebrados por el Estado

Mexicano[27], los cuales forman una sola red de derechos que constituyen el parámetro de control de regularidad constitucional conforme al cual debe analizarse la validez de todas las normas y actos del ordenamiento jurídico mexicano.

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

116. En ese tenor, tal y como fue expuesto en el apartado correspondiente, de las evidencias de las cuales se allegó esta Comisión Nacional se identificó la inobservancia a la NOM Educación en salud, en el apartado 11.4, ya que la valoración médica fue realizada por médicos residentes sin la supervisión y/o asesoría del médico adscrito, lo cual es atribuible al Instituto Mexicano del Seguro Social en atención a que, los médicos residentes deben contar con la supervisión y asesoría del médico adscrito, lo que no ocurrió en el caso concreto, con lo que el IMSS dejó de observar las normas que regulan lo relativo al proceso de educación, capacitación y supervisión de médicos residentes.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

117. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la

[27] Conforme a la Contradicción de Tesis 293/2011 emitida por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en fecha 3 de septiembre de 2013, la cual determina que los derechos humanos contenidos así en la Carta Magna, como en los Tratados Internacionales de los cuales el Estado mexicano se ha comprometido.

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.

118. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 73 fracción V, 74, 75, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida por inadecuada atención médica en agravio de V, así como de VI1 y VI2, en su calidad de víctimas indirectas, se deberá inscribir a los mencionados, en el Registro Nacional de Víctimas, con la finalidad de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral a Víctimas en la CEAV.

119. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”, y en diversos

criterios de la CrIDH, se establece que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición; obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a las personas responsables.

120. En el "Caso Espinoza González vs. Perú", la CrIDH resolvió que: "(…) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado (…) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos (...)".[28]

a) Medidas de Rehabilitación

121. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62, fracción I de la Ley General de Víctimas, así como el artículo 21 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. La rehabilitación incluye "la atención médica, psicológica y tanatológica, así como servicios jurídicos y sociales".

[28] Sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas), párrafo 300 y 301

122. De conformidad lo antes dispuesto, el IMSS, en coordinación con la CEAV, deberá proporcionar a VI1 y VI2, la atención psicológica y tanatológica, en caso de que la requieran, misma que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género hasta alcanzar el más alto nivel de salud posible.

123. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para VI1 y VI2, con su consentimiento e previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a VI1 y VI2, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es un derecho de VI1 y VI2, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de Compensación

124. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: "(…) tanto los sufrimientos y las aflicciones causadas 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".[29]

[29] Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 90.

125. La compensación debe ser apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso, esta se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos de conformidad con lo indicado en la fracción III del artículo 27 y del 64 de la Ley General de Víctimas.

126. 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 a VI1 y VI2, a través de la noticia de hechos que ese Instituto 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 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 VI1 y VI2, con motivo del fallecimiento de V, 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. Lo anterior, con el objeto de dar seguimiento al punto recomendatorio primero.

c) Medidas de Satisfacción

127. 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 de la Ley General de Víctimas, 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 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.

128. De ahí que el IMSS deberá colaborar en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que se presentará en el Órgano Interno de Control Específico en el IMSS, en contra de AR1 y AR2, personas servidoras públicas de la UMF 28, así como de AR3 y personal del CMN, a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, dicha instancia deberá realizar la investigación respectiva y resolver lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio.

129. Asimismo, deberán indagarse los datos del Personal Médico Titular, Jefe/a de Servicio y/o personal médico adscrito a cargo de supervisar y asesorar a PMR1, PMR2 y PMR3 al incumplir la NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. “Para la organización y funcionamiento de residencias médicas”, por lo cual, se deberá informar a este Organismo Nacional las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado; ello en cumplimiento al citado punto recomendatorio tercero.

130. Sin perjuicio de lo anterior, de conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y la Ley General de Víctimas, 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 esta 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.

d) Medidas de no repetición

131. 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.

132. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el plazo de seis meses, contados después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, relacionados con el derecho a la protección a la salud y a la vida, al personal médico adscrito al servicio de urgencias de la UMF 28, en particular a AR1 y AR2, así como al personal del Servicio de Neurocirugía del CMN, especialmente a AR3, en caso de continuar activos laboralmente, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y 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. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

133. Los cursos de capacitación serán impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en materia de derechos humanos, a fin de sensibilizar al personal de ese Instituto que los reciba. También se deberá mencionar en cada curso, que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

134. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico de base adscrito al Servicio de Neurocirugía de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades del CMN, que contenga las medidas de prevención y supervisión, a fin de garantizar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, "*Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas*" en el apartado 11.4, con el objeto de que la actuación de los médicos residentes siempre cuente con la supervisión y/o asesoría del personal médico adscrito. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias para dar cumplimiento al punto sexto recomendatorio, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

135. 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 puedan fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, en consecuencia, 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.

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

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. 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 VI y VI2 a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a VI1 y VI2, por motivo del fallecimiento de V, 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 la atención tanatológica y psicológica que requieran VI1 y VI2, por los efectos de las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas y proveerles, en su caso, los medicamentos que necesiten, 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. Colabore ampliamente en la presentación y seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presente ante el Órgano Interno de Control Específico en el IMSS, en contra de AR1 y AR2 de la UMF 28, así como en contra de AR3 del CMN, por la inadecuada atención médica proporcionada a V; a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, con la finalidad de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho

proceda, de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Asimismo, deberán indagarse los datos del profesor titular, jefe de servicio y/o médico adscrito a cargo de supervisar y asesorar a PMR1, PMR2 y PMR3 al incumplir la NOM sobre las Residencias Médicas, por lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional las acciones de colaboración que efectivamente se hayan realizado. Hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite dicha colaboración.

CUARTA. Impartir 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, relacionado con el derecho a la protección a la salud y a la vida, al personal médico adscrito al Servicio de Urgencias de la UMF 28, en particular a AR1 y AR2, así como a personal del servicio de Neurocirugía del CMN, especialmente a AR3, en caso de continuar activos laboralmente, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con conocimientos en derechos humanos; en los que incluya programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos, fotografías y constancias. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional los documentos que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En el término de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, dirigir una circular al personal médico de base adscrito al Servicio de Neurocirugía de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades del CMN, que contenga las medidas de prevención y supervisión, a fin de garantizar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, “Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas”

en el apartado 11.4, con el objeto de que la actuación de los médicos residentes siempre cuente con la supervisión y/o asesoría del médico adscrito, con objeto de garantizar la no repetición de los hechos que dieron origen a la presente Recomendación. Hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

SEXTA. Designe a la persona servidora pública con capacidad 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.

137. 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 1°, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

138. 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.

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

140. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 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

RARR