

RECOMENDACIÓN NO.

57 /2024

SOBRE EL CASO DE 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, AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, EN AGRAVIO DE QVI, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1, HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 1, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN CIUDAD OBREGÓN, SONORA.

Ciudad de México, a 26 de marzo 2024

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

Apreciable señor director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/PRESI/2021/245/Q**, sobre la atención médica brindada a V en la Unidad Medicina Familiar No. 1, Hospital General Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Obregón, Sonora.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su

publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 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 párrafo último, así como 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, y 1, 6, 7, 16, 17, y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en 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 las distintas personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ABREVIATURA
Persona Víctima	V
Persona Quejosa Víctima Indirecta	QVI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Persona Abogada Particular	AP

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas dependencias, instituciones y normatividad se hará mediante siglas, acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, mismos que podrán ser identificados como:

INSTITUCIONES	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Unidad de Medicina Familiar No. 1 en Ciudad Obregón, Sonora.	UMF-1
Hospital General Regional No. 1 en Ciudad Obregón, Sonora.	HGR-1
Hospital de Especialidades No. 2 de la Unidad Médica de Alta Especialidad en Ciudad Obregón, Sonora.	HES-2
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN
Comisión Nacional de los Derechos Humanos.	CNDH/Organismo Nacional/ Comisión Nacional.
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.	CEAV
Fiscalía General de la República.	FGR
Órgano Interno de Control del IMSS.	OIC
Comisión Nacional de Arbitraje Médico.	CONAMED
Derechos Económicos, Sociales y Culturales.	DESC

NORMAS	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	Constitución Política / CPEUM
Ley General de Salud.	LGS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	RLGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.	RPM-IMSS
Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Epilepsia en el Adulto en primer y segundo nivel de atención.	GPC de Tratamiento de Epilepsia en Adulto
Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012. "Del Expediente Clínico".	NOM-004-SSA3-2012

I. HECHOS

5. El 10 de diciembre de 2020, QVI presentó queja ante esta Comisión Nacional en la que manifestó que V recibió atención médica en la UMF-1 del IMSS desde el año 2017, y al presentar fuertes dolores de cabeza en junio de 2019, fue canalizada al HGR-1, en el cual recibió atención médica en la especialidad de Psiquiatría por trastorno del inicio y del mantenimiento del sueño, donde se emitió el diagnóstico de "trastorno de ansiedad generalizada", en el mes de noviembre de 2019, se le atendió en el HES-2 y realizó una resonancia magnética que concluyó con el diagnóstico de V, localizada en el lóbulo temporal derecho, que ocasionó edema perilesional¹ hacia el lóbulo temporal ipsilateral; el 3 de diciembre de 2019, se le realizó intervención quirúrgica y toma de

¹ Es uno de los factores de la sintomatología neurológica en pacientes con tumores cerebrales.

biopsia, resultando del estudio un diagnóstico de Astrocitoma Difuso Fibrilar grado II,² falleciendo posteriormente el 20 de diciembre de 2019, en el HES-2.

6. Derivado de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional, el expediente de queja **CNDH/PRESI/2021/245/Q**, y para documentar las violaciones a derechos humanos se requirió copia del expediente clínico del IMSS y demás información relacionada con la atención médica proporcionada a V, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de Pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

7. Escrito de queja, recibido el 10 de diciembre de 2020, en esta Comisión Nacional, a través del cual QVI, comunicó que el tumor que presentó V no fue detectado oportunamente, porque no se cumplió con el procedimiento o protocolo para la prevención y detección temprana de esa enfermedad.

8. Correo electrónico de 27 de diciembre de 2020, mediante el cual PSP1 coordinadora de programas adscrita a la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos, quien remitió copia del expediente clínico integrado en la HES-2 de Ciudad Obregón, Sonora, relacionado con la atención médica otorgada a V, del que se advierten las siguientes constancias:

8.1. Triage y nota médica de 11 de noviembre de 2019, en la que PSP2 médico adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital de Especialidades No. 2, asentó la atención a la lista de espera, V fue aceptada para manejo e inicio de protocolo

²Es un tumor infiltrante y con una tendencia a evolucionar hacia lesiones de histología más agresiva.

quirúrgico, la valoró y la reportó hipotensa³ 95/73 mmHg, 89 latidos por minuto, con una escala de Glasgow⁴ de 15 puntos.

8.2. Notas médicas de 12 y 13 de noviembre de 2019, en las cuales PSP3 y PSP4, personal médico adscritos a neurología asentaron que V presentó tensión arterial 110/70-120/80 mmHg, con una frecuencia cardiaca de 75 latidos por minuto, y saturación de oxígeno en sangre de 99%, reportándola estable clínicamente, hemodinámicamente y sin dolor.

8.3. Notas médicas de 22 y 26 de noviembre de 2019, en donde PSP3 refirió que V, se encontraba asintomática y a la exploración física con escala de Glasgow de 15 puntos, hemianopsia bilateral,⁵ derivado de lo anterior se solicitó estudio de campimetría y se señaló probable cirugía en una semana.

8.4. Nota médica de 2 de diciembre de 2019, de la Unidad de Cuidados Intensivos Metabólicos, en la que PSP5 médico adscrito la Unidad de Cuidados Intensivos, anotó el ingreso de V vía quirófano en el contexto de postquirúrgico de alto riesgo por craneotomía,⁶ más resección tumoral.

8.5. Notas médicas de 16 al 19 de diciembre de 2019, en las cuales PSP6, PSP7, PSP8, PSP9, PSP10, personal médico adscritos al HES-2, en las que indicaron que V presentó complicaciones con fallas orgánicas, hepáticas (elevación de transaminasa/bilirrubina), renal (oligoanuria y elevación de azoados), pulmonar y cardiovascular; tiempo en el que se le diagnosticó muerte cerebral.

³ Nombre técnico de una baja presión arterial.

⁴ Es una escala diseñada para evaluar de manera práctica el nivel de estado de alerta en los seres humanos.

⁵ Pérdida bilateral de visión de los campos temporales.

⁶ Operación en la que se hace un pequeño orificio en el cráneo o se extrae una pequeña pieza del mismo para exponer parte del encéfalo, como el cerebro.

8.6. Nota médica de 20 de diciembre de 2019, en la que PSP 7 personal médico señaló que V, continuó inestable, evolucionando con mayor deterioro y posteriormente presentó alteraciones al ritmo cardíaco y asistolia,⁷ corroborando la ausencia de pulso central y declarándose el fallecimiento con diagnóstico de muerte cerebral, edema cerebral severo, astrocitoma difuso.

8.7. Certificado de defunción de V.

9. Correo electrónico de 29 de enero de 2021, mediante el cual PSP1 remitió copia del expediente clínico integrado en la UMF-1 relacionado con la atención médica otorgada a V, del que se advierten las siguientes constancias:

9.1. Nota médica de 19 de octubre de 2017, en la que QVI comentó a AR1 médico Familiar adscrito al UMF-1, que V después de estar estresada y tener una discusión familiar el 30 de septiembre y el 3 de octubre de 2017, presentó convulsiones mientras dormía; por lo cual AR1, integró el diagnóstico de epilepsia⁸ relacionada a estrés, indicando referencia al Servicio de Psiquiatría del HGR-1.

9.2. Nota médica de 21 de noviembre de 2017, en la que AR1 apuntó que V, se encontraba tranquila hidratada y con buena coloración, sin compromiso cardiopulmonar, abdomen asignológico⁹ con extremidades íntegras, integrando diagnóstico de psiquiatría de “trastorno de inicio mantenimiento del sueño/parasomnia.”¹⁰

⁷ Es una ausencia completa de actividad eléctrica en el miocardio.

⁸ Enfermedad crónica del sistema nervioso caracterizada principalmente por crisis espontáneas recurrentes, sean convulsivas o no, y posible pérdida del conocimiento.

⁹ Término para indicar que el abdomen no presenta signos o síntomas de enfermedad.

¹⁰ Interrupción anormal del sueño.

9.3. Nota médica de 8 de enero, de 2018, en la que AR1 a la exploración física de V, registró que la encontró tranquila hidratada y con buena coloración, sin compromiso cardiopulmonar, abdomen asignológico, con extremidades íntegras y sin alteración, comentando V, que presentaba cuadros de taquicardia asociados al estrés.

9.4. Nota médica de 4 de mayo de 2018, en la que AR1 inscribió que V se encontró tranquila hidratada y con buena coloración, sin compromiso cardiopulmonar, abdomen asignológico y con extremidades íntegras, agregando que V comentó haber presentado un cuadro convulsivo, el cual fue tratado en medio privado.

9.5. Notas médicas de 1 de junio, 4 de julio, 9 de agosto, 7 septiembre y 5 de octubre de 2018, en las que AR1, anotó que V se encontró estable tranquila hidratada y con buena coloración, sin compromiso cardiopulmonar, abdomen asignológico y con extremidades íntegras.

9.6. Nota médica de 16 de enero, 15 de febrero, 15 de marzo, 30 de abril, 30 de mayo, 28 de junio, 26 de julio, 26 agosto, 27 de septiembre, 11 de octubre de 2019, en la que AR1, refirió de manera regular que V se encontró tranquila hidratada y con buena coloración, sin compromiso cardiopulmonar, abdomen asignológico y con extremidades íntegras.

10. Correo electrónico de 29 de enero de 2021, mediante el cual PSP1 remitió copia del expediente clínico integrado en la HGR-1 en Ciudad Obregón, Sonora, relacionado con la atención médica otorgada a V, del que se advierten las siguientes constancias:

10.1. Nota de atención médica de 23 de octubre de 2017, en la que AR2 médico adscrito al Servicio de Psiquiatría en el HGR-1, comentó que V, fue enviada por el médico familiar con el diagnóstico de epilepsia por estrés¹¹ y que había cursado con sintomatología de insomnio y trastorno secundario con pesadillas, presentando pseudocrisis, sin pérdidas de esfínter ni mordeduras de lengua, señalando que dichas crisis habían sido nocturnas y cedían con el tratamiento de imiprimina,¹² integrando el diagnóstico de trastorno del inicio y del mantenimiento del sueño.

10.2. Nota de contrarreferencia de 24 de junio de 2019, de la cual se desprende que AR3, médico adscrito al Servicio de Psiquiatría en el HGR-1, comentó que V contaba con el antecedente de crisis de ansiedad, se mencionó por su familiar que en la primera crisis convulsiva estaba con las manos torcidas, los ojos hacia arriba y los dientes apretados, y que la segunda fue secundaria a la toma de café y haber suspendido tratamiento; se otorgó diagnóstico de trastorno del inicio del sueño y diagnóstico secundario de trastorno de ansiedad generalizada.

10.3. Triage y nota del servicio de urgencia de 29 de octubre de 2019, donde se aprecia que personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del HGR-1, asentó que V, presentó una tensión arterial 120/85, 75-82 latidos por minuto, temperatura corporal de 36.8°C. y con saturación de oxígeno en sangre de 98%, con mareo y cefalea, solicitando un estudio de tomografía simple de cráneo y estudios de laboratorio.

¹¹ Convulsiones que se desencadenan por un alto nivel de estrés emocional, como la ansiedad, el miedo, la tensión y la preocupación.

¹² Es un fármaco antidepresivo tricíclico de tercera generación perteneciente al grupo químico farmacológico de las dibenzazepinas, cuyo uso se hace en casos clínicos de enuresis, depresión mayor, y su uso se evalúa en los casos de desórdenes y/o crisis de pánico.

10.4. Nota médica de valoración vespertina de 29 de octubre de 2019, en la que PSP10, personal médico valoró a V con cefalea intensa en región biparietal tipo punzante, sin irradiaciones, intermitente con intensidad de 10/10, acompañada de vómito en repetidas ocasiones y con pérdida del estado de alerta.

10.5. Nota médica de valoración nocturna de 29 de octubre de 2019, en donde PSP11 médico adscrito al área de Urgencias Médico Quirúrgicas del HGR-1, mencionó que, en la tomografía efectuada a V, se evidenció una lesión redondeada en lóbulo parietal derecho de densidad heterogenia que desplazaba levemente la línea media.

10.6. Nota médica de valoración nocturna de 4 de noviembre de 2019, en la cual PSP3 asentó que V, presentó un diagnóstico probable de glioma temporoparietal derecho.¹³

11. Correo electrónico de 18 de abril de 2022, a través del cual QVI por conducto de su abogada, remitió el oficio DGC/220/136-2021/2022 relacionado con E1.

12. Correo electrónico de 25 de enero de 2023, remitido por PSP1, al que se anexó acuerdo de la Comisión Bipartita de 1 de julio de 2022, mediante el cual declaró improcedente el E2.

13. Correo electrónico de 29 de mayo de 2023, por medio del cual la FGR informó que en CI 1 se determinó el no ejercicio de la acción penal.

14. Oficio 00641/30.102/763/2023 de 23 de agosto de 2023, mediante el cual el OIC informó que no ha recibido denuncia alguna interpuesta por QVI.

¹³ Tumores primarios que se originan en el parénquima encefálico.

15. Opinión Médica de 29 de agosto de 2023, emitida por personal adscrito a esta Comisión Nacional, por medio de la cual se concluyó que la atención médica proporcionada a V en la UMF-1 y el HGR-1, del 19 octubre de 2017, al 27 de octubre de 2019, fue inadecuada y se incurrió en incumplimiento al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

16. Correo electrónico de 18 de septiembre de 2023, remitido por PSP1, en el que se informó que E3, se encuentra en trámite.

17. Correo electrónico de 14 de febrero de 2024, en el cual PSP1 informó que AR1 y AR3, continúan activos como personas servidoras públicas en ese Instituto, mientras que AR2 presentó baja de la Institución por jubilación.

18. Acta circunstanciada de 12 de marzo de 2024, referente a una llamada con AP para ver la situación de E3.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

19. QVI mediante correo electrónico de 18 de abril de 2022 informó que E1, se concluyó como conciliado el 12 de enero de 2022, por la voluntad expresa de las partes al existir E3.

20. La Comisión Bipartita emitió resolución el 1 de julio de 2022 en sentido improcedente respecto E2.

21. El IMSS refirió en correo electrónico de 18 de septiembre de 2023 que E3, se encuentra en trámite.

22. La FGR informó el 29 de mayo de 2023 que en CI1, se determinó el no ejercicio de la acción penal.

23. Al momento de la emisión de la presente Recomendación no se cuenta con evidencia del inicio de procedimiento administrativo de responsabilidad ante el OIC del IMSS.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

24. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2021/245/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como, de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de V, en la Unidad de Medicina Familiar No. 1, Hospital General Regional No. 1, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, en la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 2 del IMSS en Ciudad Obregón, Sonora.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

25. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.

26. Los Principios de Paris prevén expresamente las competencias de las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos, entre las que se encuentra el que tenga el mandato más amplio posible para supervisar cualquier indicio de violación a los Derechos

Humanos y poder emitir recomendaciones, propuestas e informes al respecto, pudiendo formular recomendaciones a las autoridades competentes.¹⁴

27. El numeral 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su párrafo cuarto, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

28. La Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma en su artículo 25, párrafo primero, que “(...) *toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)*”.

29. En el párrafo primero de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, aprobada, el 11 de mayo de 2000, señala que:

“(...) la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”¹⁵

30. Esta Comisión Nacional ha reconocido que el derecho a la salud, también debe entenderse como una prerrogativa de exigir al Estado, un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud y que, “*el desempeño de los servidores*

¹⁴ Apartado D, Principios complementarios relativos al estatuto de las comisiones dotadas de competencia cuasijurisdiccional.

¹⁵ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCROBSERVACION GENERAL.

*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, aceptabilidad, y calidad”.*¹⁶

31. En la Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, se ha señalado que:

“(…) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”. La protección a la salud, “(…) es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud.” Se advirtió, además, que “el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”.

32. La SCJN en Tesis Aislada,¹⁷ ha expuesto como parte del estándar de protección del derecho humano a la salud, reconocido en los artículos 4, párrafo cuarto, de la

¹⁶ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párr. 24

¹⁷ Tesis [A.]: 1a. XIII/2021 (10a.), Semanario judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, s.t., marzo de 2021, s. p., Reg. digital 2022890.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que las autoridades del Estado se encuentran directamente obligadas a garantizar el Derecho a la Salud, brindando la asistencia médica y tratamiento de forma oportuna, permanente y constante.

33. El presente caso es sobre V, quien en compañía de QVI acudió el 19 de octubre de 2017, a revisión médica con AR1, médico familiar adscrito a la UMF-1, a quien se le expresó los antecedentes de salud y encontrarse sometida a mucho estrés, agregando que el 30 de septiembre y 03 de octubre de 2017, presentó convulsión mientras dormía.

34. Al realizar AR1 la valoración y exploración física de V, la reportó con signos vitales dentro de parámetros normales, tranquila, hidratada, con buena coloración y sin compromiso cardio pulmonar, por lo que AR1 integró el diagnóstico de epilepsia¹⁸ relacionada a estrés, indicando dieta, actividad física y referencia al servicio de psiquiatría, además de indicar manejo médico a base de vitaminas e Imipramina.¹⁹

35. En la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, se estableció que aun cuando AR1, realizó referencia para valoración y tratamiento por el Servicio de Psiquiatría, la entrevista médica y exploración física realizada durante su valoración, no fue intencionada y dirigida a conocer sobre la aparición y características de las convulsiones, subestimando la presencia de las mismas, al no describir forma de inicio, desarrollo del episodio y recuperación, así como realizar una indagación

¹⁸ Enfermedad crónica del sistema nervioso caracterizada principalmente por crisis espontáneas recurrentes, sean convulsivas o no, y posible pérdida del conocimiento.

¹⁹ Es un antidepresivo tricíclico de tercera generación perteneciente al grupo químico farmacológico de las dibenzazepinas, cuyo uso se hace en casos clínicos de enuresis, depresión mayor, y su uso se evalúa en los casos de desórdenes y/o crisis de pánico.

minuciosa de los fenómenos motores, autonómicos y del lenguaje durante las fases ictal, peri-ictal y postictal.²⁰

36. El personal de esta CNDH en la Opinión Médica señaló que AR1, al omitir dirigir de forma intencionada la entrevista médica realizada a V, dejó de deducir que lo referido por QVI, correspondía a un trastorno de ataque no epiléptico, y omitió con ello su envío a neurología para una valoración integral y especializada, que permitiera la debida integración del diagnóstico o en su caso descartarlo.

37. De igual forma, se determinó en la Opinión Médica que AR1, no realizó una semiología y exploración física encausada, al observarse una nota medica incompleta, en la que inicialmente no se clasificaron las crisis convulsivas, además de que se omitió solicitar estudio de referencia, donde se pudiera advertir cambios del potencial de acción en alguno de los lóbulos del cerebro, como lo es el electroencefalograma y/o estudio de imagen básico, como la tomografía simple de cráneo, lo anterior para confirmar o descartar alteraciones estructurales que estuvieran provocando las convulsiones.

38. El 23 de octubre de 2017, V fue atendida y valorada por AR2, Médico Psiquiatra adscrito al HGR-1, quien en su nota médica reportó tratarse de femenina de 27 años, enviada por AR1, con el diagnóstico de epilepsia por estrés, que había cursado con sintomatología del insomnio, trastorno secundario con pesadillas y terror nocturno, presentando pseudocrisis,²¹ sin pérdida de esfínter ni mordedura de lengua, señalando que las crisis habían sido nocturnas y cedían a la administración de Imipramina,²² anotando que V se encontraba asintomática, integrando el diagnóstico de trastorno del

²⁰El período postictal se considera como el período inmediatamente posterior a una crisis convulsiva en el que el cerebro se recupera, el período ictal es la convulsión propiamente dicha, y el período interictal es el período entre crisis convulsivas, donde la actividad cerebral es más normal.

²¹ Se definen como eventos clínicos psicogénicamente determinados que simulan ataques epilépticos pero que no se asocian a disfunción del sistema nervioso central.

²² Fármaco antidepressivo tricíclico de tercera generación, perteneciente al grupo químico farmacológico de las dibenzazepinas, cuyo uso se hace en casos clínicos de enuresis, depresión mayor, y su uso se evalúa en los casos de desórdenes y/o crisis de pánico.

inicio y mantenimiento del sueño y parasomnia,²³ dejando manejo médico con Imipramina.

39. Desde el punto de vista en la Opinión Médica del Organismo Nacional determinó que AR2 subestimó la presencia de crisis convulsivas de V, al señalar que lo que había presentado era una pseudocrisis, integrando el diagnóstico de trastorno del sueño; aunando a lo anterior, se advirtió que se realizó una nota médica incompleta, se omitió realizar una historia clínica exhaustiva como lo amerita la primera vez en la consulta de especialidad.

40. Por lo que respecta en la Opinión Médica de este Organismo Nacional determinó que AR2, no realizó una entrevista y exploración física intencionada y dirigida, respecto de las crisis convulsivas; además, omitió preguntar por la sintomatología, las rutinas y horarios del sueño, contraviniendo lo anterior, lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012 en sus numerales 6, 6.1, 6.1.1 y 6.1.2.²⁴, referente a las notas médicas en consulta general y de especialidad, así como no solicitar un electrocardiograma que apoyara o descartara el diagnóstico que emitió, como lo señala la literatura médica especializada con respecto al diagnóstico de los trastornos del sueño.

²³ Interrupción anormal del sueño.

²⁴ **6.** Del expediente clínico en consulta general y de especialidad. Deberá contar con:

6.1 Historia Clínica. Deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberá tener, en el orden señalado, los apartados siguientes:

6.1.1 Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.12 de esta norma) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas;

6.1.2 Exploración física.- Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud;

41. Aunado a lo anterior, se estableció que el diagnóstico de la parasomnia²⁵ se hace fundamentalmente por la historia narrada por los acompañantes, y por lo que pueda añadir el propio paciente, siendo lo primero es diagnosticar exactamente los episodios, para ello hay que observarlos realizando un estudio del sueño, se registra si es posible, electroencefalograma y otras variantes durante la noche y la imagen en video, sirviendo para descartar que se trate de otros fenómenos, como la epilepsia que es la enfermedad que hay que excluir en esos pacientes. Por lo cual la actuación de AR2, médico Psiquiatra, Adscrito al Hospital General Regional No. 1, al basarse en únicamente en unas preguntas en la entrevista médica, sin documentar exploración física, ni fundamentar el tratamiento que prescribió, condicionó un manejo médico inadecuado de V, al no contar con la certeza del diagnóstico.

42. Por lo que, en la Opinión Médica de esta CNDH, estableció que en las posteriores consultas de V y las notas médicas realizadas por AR1 en la UMF-1 de noviembre de 2017 a diciembre de 2018, se anotó los mismos signos vitales, con tensión arterial de 110/70 mmHg, temperatura corporal de 36 °C, frecuencia cardiaca de 70 latidos por minuto y respiratoria de 20 por minuto, variando únicamente el dato del peso.

43. En las consultas médicas de V realizadas por AR1, en la UMF-1 durante el año 2019, no advirtió que V no presentaba mejoría, ni respuesta a los multitratamientos, solo se limitó a reportarla con signos vitales dentro de los parámetros normales, con campos pulmonares con adecuada transmisión de ruidos respiratorios, cardiacos, abdomen asignológico y las extremidades integrales, refiriendo el diagnóstico de ansiedad.

44. También se precisó, que en la nota médica de 26 de junio de 2019, realizada por AR3 Médico Psiquiatra adscrito al HGR-1, quien anotó que V, contaba con el antecedente de crisis de ansiedad, multitratada con imipramina, paroxetina y que en ese

²⁵ Interrupción anormal del sueño.

momento tomaba carbamazepina,²⁶ en la cual de igual forma QVI mencionó que en la primera crisis convulsiva de V, sus manos estaban torcidas, los ojos hacia arriba y los dientes apretados, la segunda fue a consecuencia de haber bebido café y suspendido el tratamiento, presentando temblor y rigidez, y que en la última crisis tenía palpitaciones y se sentía mareada; se dictaminó el diagnóstico principal, trastorno del inicio del sueño y diagnóstico secundario de trastorno de ansiedad generalizada, indicando fluoxetina²⁷ y alprazolam.

45. Aunado a lo anterior, esta CNDH en la Opinión Médica señaló que nuevamente en esta atención médica, AR3 médico especialista, dio poca relevancia a la presencia de crisis convulsivas, sin que conste en la nota médica una entrevista y exploración física intencionada y dirigida, respecto a las crisis convulsivas y la evolución del trastorno del sueño, observando una nota médica incompleta, sin solicitar estudios de electroencefalograma o tomografía de cráneo como protocolo de estudio, al advertir que en ocho meses V no presentaba mejoría ni respuesta a multitratamiento, solo se hizo mención de las crisis convulsivas y tratamiento con carbamazepina, pero no lo consideró en sus diagnósticos; señalando únicamente trastorno del inicio de sueño (insomnio) y trastorno de ansiedad generalizada, lo que contraviene en lo establecido en la en la NOM-004-SSA3-2012 en sus numerales 6, 6.1, 6.1.1 y 6.1.2., referente a las notas médicas en consulta general y de especialidad.

46. Además, la especialista médico legal, estableció que AR3 contravino lo establecido en la literatura médica especializada, referente al diagnóstico de los trastornos del sueño, al omitir solicitar estudios de electroencefalograma, para conocer en qué fase del sueño ocurren los episodios y como son, lo que también sirve para descartar otros fenómenos, como la epilepsia; aunado a lo anterior, también transgredió lo señalado en GPC Tratamiento de Epilepsia en Adulto, en virtud de que en un examen físico se

²⁶ Medicamento antiepiléptico que bloquea los canales de sodio estabilizando las membranas neuronales hiperexcitadas e inhibiendo las descargas neuronales repetitivas.

²⁷ Medicamento antidepresivo de la clase de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

busca evidencia de las causa subyacente de las crisis epilépticas, para detectar las anomalías sistémicas o neurológicas; lo que puede orientar a otro tipo de episodios no epilépticos, por lo tanto, la exploración física de la paciente tiene que ser lo más completa posible, fundamentalmente en la exploración neurológica.

47. En ese tenor, de acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, en las valoraciones medicas descritas se observa una inadecuada actuación médica, al omitir realizar una semiología y exploración física dirigida e intencionada respecto de las crisis convulsivas referidas por V y QVI, en busca de evidencia que orientaran a la causa de las mismas, o le permitiera detectar anomalías neurológicas que pudieran guiar a otro tipo de episodios no epilépticos, como consta en las notas médicas incompletas de AR1, AR2 y AR3, integrando diagnósticos e implementando manejos médicos sin considerar la presencia de crisis convulsivas que refería reiteradamente V y QVI, además de omitir solicitar envió a neurología para valoración integral y especializada, que permitieran la debida integración del diagnóstico de crisis convulsivas, así como solicitud de estudios de gabinete, donde se pudiera advertir cambios del potencial de acción en alguno de sus lóbulos del cerebro.

48. En consecuencia, al omitir AR1, AR2 y AR3, realizar las acciones señaladas en el párrafo anterior, condicionaron una dilación en la adecuada y oportuna atención médica de V, toda vez que el 27 de octubre de 2019, fue diagnosticada en el Área de Urgencias del HGR-1 con un tumor cerebral; resaltando lo anterior, la importancia de un apropiado abordaje al diagnóstico que incluya la realización de una historia clínica detallada, donde los antecedentes expuestos, la evolución clínica de la enfermedad y los hallazgos en el examen físico, aportan información valiosa y específica que ayuda al médico en un oportuno diagnóstico y adecuado tratamiento.

49. Puesto como lo refiere la literatura médica especializada, ante la presencia de un tumor cerebral, a veces el paciente solo presenta cambios en la personalidad, estado de ánimo, capacidad mental o retraso psicomotor, con frecuencia los síntomas

aparecen de forma insidiosa en forma de cefaleas, cambios de conducta, depresión, etc., y pueden prolongarse varios años antes del diagnóstico, por ello, un adulto con una primera convulsión que ocurre sin un evento precipitante; debe someterse a una resonancia magnética, electroencefalograma o estudio de imagen, que permita confirmar o descartar alteraciones estructurales que estuvieran provocando las convulsiones; ahora bien, dado que se trata de un tumor con crecimiento lento con sintomatología insidiosa y difícil diagnóstico, y que el pronóstico para las personas depende de la edad, tipo de tumor y su localización no cuán temprano se detecta, cierto es, que igual que cualquier enfermedad, es probable que la detección y tratamiento temprano sean útiles, al ser tratados de forma inmediata si comienza a causar problemas, situación que no aconteció en el presente caso, pues durante dos años se subestimó la presencia de crisis convulsivas referidas por V y QVI, ocasionando que no se realizará un adecuado protocolo de estudio de las mismas, generando retraso en el diagnóstico etiológico que permitiera conocer las causas que las originaba.

50. En ese sentido, del análisis de las evidencias se determinó por la Opinión Médica, que AR1, AR2 y AR3, incumplieron en el ejercicio de sus funciones con lo establecido en los artículos 32 de la LGS, así como 9 y 48 del Reglamento de la LGS, en concordancia con el artículo 43 de RPM-IMSS, disposiciones en las que se señala la importancia de efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar un tratamiento oportuno a los pacientes, haciendo uso de los recursos físicos, tecnológicos y humanos con los que se cuenta, así como de proteger, promover y restaurar la salud de quienes acuden ante ellos para recibir atención, bajo los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, además de que los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y recibir atención profesional éticamente responsable; lo que en el caso particular no aconteció, por las omisiones expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V.

B. VIOLACIÓN AL DERECHO A LA VIDA

51. Como lo ha destacado esta Comisión Nacional los DESC, como el derecho a la protección de la salud, tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales, como el derecho a la vida²⁸. Los DESC funcionan como derechos “puente” de los derechos individuales con el mismo nivel de justiciabilidad; por tanto, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los estados puede generar también vulneraciones a los derechos individuales, como ocurrió al derecho humano a la vida de V.

52. El derecho a la vida es inherente e irrenunciable a la persona, y una obligación *erga omnes* para el Estado de evitar y prevenir cualquier conducta que interfiera, impida o restrinja el ejercicio del derecho, sea por acción u omisión, por culpa o dolo de un individuo o autoridad; este derecho se encuentra reconocido en los artículos 1°, párrafo primero y 29 párrafo segundo, de la Constitución Política; 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; y 1°, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establecen el marco jurídico básico de protección del derecho a la vida, el cual “...no solo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente, sino que además requiere, a la luz de su obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos, que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción”.

53. La CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, porque de su salvaguarda depende la realización

²⁸ La CrIDH ha afirmado reiteradamente que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. “Caso *Ximenes Lopes Vs. Brasil*”. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.

de los demás derechos. Debido a dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio²⁹, entendiéndose con ello que, los derechos a la vida y a la integridad personal se encuentran vinculados con la salud y la prerrogativa de la protección de esta; como también lo ha sustentado la SCJN.³⁰

54. Se determinó por personal especializado de este Organismo Autónomo, en la Opinión Médica producto de la valoración de las constancias que integran el expediente de queja, que AR1, AR2 y AR3 omitieron realizar una semiología y exploración física dirigida e intencionada, como se constató en las notas médicas incompletas anexadas en el expediente de revisión.

55. Además, se subestimó la presencia de crisis convulsivas que refirieron reiteradamente V y QVI, omitiendo solicitar el envío a neurología para su valoración integral y especializada que permitiera la debida integración del diagnóstico de crisis convulsivas, contraviniendo lo señalado en la GPC de Epilepsia en Adulto, en sus puntos 4.2.2.2, 4.2.1 y 4.2.3.2.³¹

56. Respecto a la atención médica otorgada a V, en la HES-2 en la Opinión Médica de esta CNDH, mencionó que se realizó un procedimiento quirúrgico por 10 horas de alto riesgo por craneotomía, más resección tumoral parcial y toma de biopsia para diagnóstico

²⁹ CrIDH, “Caso González y otras (Campo Algodonero) Vs. México”, sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232.

³⁰ SCJN. “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, enero de 2011, pág.24.

³¹ **4.2.2.2.** En el examen físico se busca evidencias de la causa subyacente de las crisis epilépticas, para detectar las anomalías sistemáticas o neurológicas; puede orientar a otro tipo de episodios no epilépticos, por lo tanto, la exploración clínica del paciente debe ser lo más completa posible, fundamentalmente en la exploración neurológica...**4.2.1.** Los adultos con una primera crisis deben ser vistos tan pronto como sea posible por un especialista en el manejo de epilepsia para asegurar el diagnóstico preciso y el inicio temprano del tratamiento... Se considera que un paciente adulto con una crisis de inicio reciente debe ser visto por un especialista en las 2 primeras semanas posteriores al evento... **4.2.3.2.** El objetivo principal de las técnicas de neuroimagen es identificar alteraciones estructurales que necesiten un manejo específico y coadyuvar en la formulación de un diagnóstico etiológico o sindromático...

histológico, además de que fue atendida desde su ingreso por sintomatología neurológica secundaria a patología neoplásica en cerebro, con alta probabilidad de complicaciones; no obstante que se realizaron valoraciones y estudios de gabinete por los Servicios de Neurocirugía y Unidad de Cuidados Intensivos Metabólicos, y de que se le otorgó manejo médico multidisciplinario y tratamiento adecuado a las complicaciones esperadas en V, evolucionó de manera súbita con deterioro neurológico, inestabilidad y falla orgánica múltiple, presentando mayor deterioro y muerte el 20 de diciembre de 2019.

57. En consecuencia, y de conformidad con lo establecido por la Médico Forense de esta CNDH, el resultado de las omisiones, producto de una inadecuada atención médica a V, en la UMF-1 y HGR-1 del IMSS, por el personal médico AR1, AR2, AR3, condicionaron no tener un diagnóstico adecuado del origen de las convulsiones y retraso de un adecuado tratamiento, lo que propició complicaciones en la tardía atención de un tumor cerebral correspondiente a un astrocitoma difuso fibrilar grado II de la OMS,³² repercutiendo que no existiera una vigilancia y seguimiento a tiempo, complicando la respuesta al manejo médico quirúrgico, complicaciones postoperatorias e inadecuada recuperación funcional, en consecuencia provocó evolución tórpida, daño cerebral irreversible y finalmente la muerte; contraviniendo lo señalado en los artículos 32 de la LGS, artículo 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, así como el artículo 43 de RPM-IMSS; transgrediendo además, lo señalado en los artículos 1º, párrafo primero y 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

³² Es un tumor infiltrante y con una tendencia a evolucionar hacia lesiones de histología más agresiva.

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

58. El artículo 6º, párrafo segundo, de la Constitución Política, establece que, “Toda persona tiene derecho al libre acceso a la información” y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

59. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.³³

60. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, previene que, en materia de salud el derecho de acceso a la información “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”³⁴

61. Por otra parte, se debe considerar que, la NOM-004-SSA3-2012 advierte que:

(...) el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud

³³ CNDH. Recomendación 23/2020 párr. 91; 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p.116.

³⁴ ONU. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

*del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...)*³⁵

62. En la Recomendación General 29 “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”*³⁶

63. También se ha establecido en diversas Recomendaciones que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.³⁷

64. Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la NOM-004-SSA3-2012, en la cual se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del

³⁵ https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787.

³⁶ 23 CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 35.

³⁷ CNDH, op. cit. párr. 34, 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67, y 33/2016, párr. 105.

paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación.³⁸

65. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional de 29 de agosto de 2023, del análisis del expediente clínico de V formado en la UMF-1, HGR-1 y HES-2 del IMSS en Ciudad Obregón, se advirtió que en las notas médicas de 19 y 23 de octubre de 2017 y 23 de junio de 2019, AR1, AR2 y AR3, respectivamente omitieron realizar un interrogatorio, exploración física e historia clínica completa a V; incumpléndose con lo anterior lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012; en los numerales 6, 6.1, 6.1.1 y 6.1.2, además se evidenció la falta de notas médicas del 14 al 25 y del 27 al 31 de noviembre de 2019, lo que trajo consigo la falta de elementos técnicos médicos, para opinar en relación a la atención médica durante ese periodo.

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

D. RESPONSABILIDAD

D.1. Responsabilidad de las personas servidoras públicas

67. Tal y como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, la actuación del personal médico de la UMF-1 y HGR-1 del IMSS, fue inadecuada, toda vez que AR1, AR2 y AR3, omitieron realizar una semiología y exploración física dirigida e intencionada; además de que subestimaron la presencia de crisis convulsivas que refirieron reiteradamente V y QVI, omitiendo referir a la especialidad de neurología

³⁸ Recomendación General 29, así como, en diversas Recomendaciones, entre otras las, 6/2023, 8/2023, 14/2023, 21/2023, 26/2023, 36/2023, 50/2023, 66/2023, 81/2023, 82/2023, 88/2023, 109/2023, 110/2023, 155/2023, 159/2023, 200/2023/, 207/2023, 211/2023, 230/2023, 236/2023 y 242/2023.

para su valoración integral y especializada, que permitiera la debida integración del diagnóstico de crisis convulsivas, además de omitir, solicitar estudios de gabinete como el electroencefalograma y/o estudio de imagen básico como la tomografía simple de cráneo, para confirmar o descartar alteraciones estructurales que estuvieran provocando las convulsiones; contraviniendo lo señalado en los artículos 32 de la LGS, artículo 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, así como el artículo 43 de RPM-IMSS.

68. Consecuentemente, este Organismo Nacional considera que existen evidencias suficientes para determinar que las conductas atribuidas a AR1, AR2 y AR3, adscritos al UMF-1 y HGR-1 del IMSS, que intervinieron en la atención de V, evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, puesto que incumplieron de manera respectiva, con las obligaciones contenidas en el artículo 7, fracciones I y II, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que establecen de forma genérica, que todas las personas servidoras públicas deben observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público, y que para la efectiva aplicación de dichos principios, también deben de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público. Si bien es cierto que, la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

69. De igual forma, el artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, señala que personal médico del Instituto será directa e

individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores, y que de la misma manera, tendrán responsabilidad las enfermeras, personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás personal que intervenga en el manejo del paciente, respecto del servicio que cada uno de ellos proporcione.

70. Por lo expuesto AR1, AR2 y AR3, incumplieron con las obligaciones contenidas en el artículo 7, fracciones I y VII, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas que prevén, en términos generales, que las personas servidoras públicas observarán en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público; así como promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

71. Si bien es cierto el procedimiento de responsabilidades administrativas prescribió, por tratarse de hechos sucedidos en 2017 y 2019, también es cierto que no resulta un impedimento para dar a conocer las violaciones a derechos humanos que atribuidas a AR1, AR2 y AR3 que esta Comisión Nacional acreditó en contra de V y QVI.

D.2. Responsabilidad Institucional

72. Conforme al párrafo tercero del artículo 1º Constitucional, “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.”

73. La promoción, el respeto, protección y garantías de derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también 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 el sistema universal de las Naciones Unidas.

74. 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.

75. Este Organismo Nacional advierte con preocupación que el IMSS, independientemente de las responsabilidades particulares de personas servidoras públicas señaladas en la presente determinación, también incurrió en responsabilidad institucional, por lo que AR1, AR2 y AR2 médicos tratantes adscritos a la UMF- 1 y HGR-1 del IMSS, que valoraron a V los días de 19 y 23 de octubre de 2017 y 23 de junio de 2019, omitieron realizar una semiología y exploración física dirigida e intencionada, como se constató en las notas médicas incompletas anexadas en el expediente de revisión, además de que se subestimó la presencia de crisis convulsivas y omitieron solicitar él envió a neurología para su valoración integral y especializada que permitiera la debida integración del diagnóstico de crisis convulsivas, en consecuencia condicionó el no tener un diagnóstico adecuado del origen de las convulsiones y el retraso en un adecuado tratamiento, lo que favoreció complicaciones

en la tardía atención de un tumor cerebral, correspondiente a un astrocitoma difuso fibrilar grado II, repercutiendo que no existiera una vigilancia y seguimiento a tiempo, complicando la falta de respuesta al manejo médico quirúrgico, complicaciones postoperatorias e inadecuada recuperación funcional, lo que provocó evolución tórpida, daño cerebral irreversible y finalmente la muerte de V.

76. Derivado de lo anterior, en el presente pronunciamiento han quedado expuestas las inconsistencias en las notas médicas suscritas por AR1, AR2 y AR3, al omitir realizar un interrogatorio encausado, exploración física e historia clínica completa de V, lo que constituye una responsabilidad institucional por parte del IMSS, al no vigilar y supervisar que su personal médico cumpla con el marco normativo de integración al expediente clínico, omisiones que tal como fue descrito en el presente pronunciamiento, contribuyeron a obstaculizar e impedir el goce y ejercicio de los derechos de V.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

77. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra, es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 64 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.

78. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 73, fracción V, 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I último párrafo, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los Derechos humanos a la protección de la salud, a la vida, en agravio de V y al acceso a la información en materia de salud, en agravio de QVI; este Organismo Nacional les reconoce su calidad de víctimas, por los hechos que originaron el presente expediente; en esa virtud, el acceso a los recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral debe hacerse conforme a las disposiciones previstas en dicha normatividad; por lo que, se deberá inscribir a V y QVI en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tenga acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

79. Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”* de las Naciones Unidas, así como diversos criterios de la CrIDH, al considerar en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

80. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una trasgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

a). Medidas de rehabilitación

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

82. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 fracción II, y 63 de la Ley General de Víctimas; y como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación, el IMSS deberá proporcionar a QVI, la atención psicológica y/o tanatológica en caso de requerirla, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI, con su consentimiento y 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 la víctima, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de Compensación

83. 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 causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”.³⁹

84. Las medidas de compensación deberán ser apropiadas y proporcionales a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso; así como, 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.

85. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar con la CEAV para la inscripción de V y QVI en el Registro Nacional de Víctimas, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice ante la CEAV de la presente Recomendación, y que esté acompañada del Formato Único 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 reparación integral del daño a QVI, por el 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, ello para dar atención al punto recomendatorio primero.

³⁹ Caso Bulacio Vs. Argentina, *Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Párrafo 90.

86. De conformidad con el artículo 97, 98 y 99 de la Ley General de Víctimas, la solicitud de inscripción al Registro Nacional es un trámite que podrá realizarse de manera personal y directa por la víctima, así como a través de su representante legal o las autoridades competentes. No obstante, en aquellos casos en los cuales las víctimas acreditadas en la presente Recomendación no acudan ante la CEAV a solicitar su inscripción, o bien las autoridades competentes para realizar la inscripción no cuenten con los elementos necesarios para tal caso, se les deberá dejar a salvo sus derechos ante dicha CEAV, para cuando ésta así lo requiera, inicie con el proceso respectivo; ello en atención a que los derechos de humanos son imprescriptibles, inalienables e irrenunciables.

87. De igual forma, y en el mismo tenor, en el caso de que la víctima de violaciones a derechos humanos se encuentre inscrita en Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, y ésta no haya iniciado el proceso para acceder a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral o en su caso no continúe con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de la reparación integral del daño, toda vez que dicha solicitud debe de ser presentada por la víctima, de conformidad con el artículo 144 de la Ley General de Víctimas; para que cuando ésta así lo solicite ante la CEAV se inicie o retome el proceso correspondiente, en cumplimiento al artículo 1, párrafo tercero de la Constitución Federal, así como el numeral 7 de la Ley General de Víctimas, toda vez que son requisitos indispensables, tanto la inscripción como la solicitud de la víctima, para otorgar la medida de compensación ordenada en el presente instrumento recomendatorio.

c) Medidas de satisfacción

88. Estas medidas 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, se puede realizar mediante el inicio de las investigaciones penales y administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables

de violaciones a derechos humanos.

89. De conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, en el 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 ésta tiene como fin dar a conocer las violaciones a derechos humanos que se cometieron en agravio de V, para lo cual se debe conjuntar con los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a las víctimas.

d) Medidas de no repetición

90. Las medidas de no repetición se encuentran descritas en los artículos 27, fracción V; 74, fracción IX; y 75 fracción IV, 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, y contribuir a su prevención; por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

91. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del IMSS impartan en el plazo de seis meses, después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, dirigido en particular a las personas servidoras públicas responsables en el presente pronunciamiento AR1 y AR3, en caso de encontrarse laboralmente en activo; en el que se deberán abordar los temas de: a) derecho a la protección a la salud, b) conocimiento, manejo y observancia de las

Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud; referidas en el cuerpo de esta Recomendación; de igual forma, un curso dirigido al personal de la UMF-1 y HGR-1 del IMSS en Ciudad Obregón Sonora, sobre la adecuada integración del expediente clínico, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. Los cursos deberán ser impartidos por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluyan programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

92. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida a las personas servidoras públicas encargadas de la Dirección y al personal médico adscrito a la UMF-1 y HGR-1, en particular a AR1 y AR3, en caso de encontrarse laboralmente en activo, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, en los temas de derechos humanos a la protección de la salud, al derecho al acceso a la información en materia de salud; así como, a la debida observancia y contenido de las Guías de Práctica Clínicas citadas en esta Recomendación, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer la atención médica, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, con el objeto de garantizar su no repetición. Hecho lo anterior, se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió; ello, para acreditar el cumplimiento del punto cuarto recomendatorio.

93. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las medidas de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades, en el respectivo ámbito de sus competencias, actúen con el fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas, y por 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.

94. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se permite formular respetuosamente a usted, director general del IMSS, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la CEAV, para la inscripción de V y QVI en el Registro Nacional de Víctimas, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice ante la CEAV de la presente Recomendación, y que esté acompañada del Formato Único de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva, 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 QVI por el 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 psicológica y/o tanatológica que requiera QVI, de así requerirla, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI, con su consentimiento y 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 la víctima, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que

será su voluntad acceder a ésta; hecho lo anterior, se envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se imparta en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud; en el que se deberá abordar los temas del derecho a la protección a la salud, conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, citada en esta Recomendación, de igual forma, un curso dirigido al personal de la UMF-1 y HGR-1 en Ciudad Obregón, Sonora, sobre la adecuada integración del expediente clínico y en particular a las personas servidoras públicas responsables en el presente pronunciamiento, AR1 y AR3, en caso de encontrarse laboralmente en activo, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. Los cursos deberán ser impartidos por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluyan programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias; y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Gire las instrucciones respectivas para que, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular dirigida al personal directivo y médico de la UMF-1 y HGR-1 del IMSS, en el que se incluya en particular a las personas servidoras públicas responsables en el presente pronunciamiento, AR1 y AR3, en caso de encontrarse laboralmente en activo, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, en los temas de derechos humanos a la protección de la salud, y al acceso a la información en materia de salud, así como, a la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales citadas en esta Recomendación, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes

con la finalidad de satisfacer la atención médica, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, con el objeto de garantizar su no repetición, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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

95. La presente Recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política, tiene el carácter de pública y se emite en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos del artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

96. 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.

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

98. 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; 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

BVH