

RECOMENDACIÓN NO. 42/2025

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL TRATO DIGNO EN AGRAVIO DE V, PERSONA ADULTA MAYOR; ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI, VI1, VI2 Y VI3, ATRIBUIBLE A PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 15 Y DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 270, AMBOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN REYNOSA, TAMAULIPAS

Ciudad de México, a 31 de marzo de 2025

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

Apreciable Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1° párrafos primero, segundo y tercero; 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; 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/PRESI/2023/18757/Q**, relacionado con el caso de V en el Hospital General de Zona No. 15 y en el Hospital General Regional No. 270, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social en Reynosa, Tamaulipas.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 6º, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147 de su Reglamento Interno; 64, y 115, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 1, 6, 7, 10, 11 y 12, 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, siglas, acrónimos o abreviaturas utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

DENOMINACIÓN	CLAVE
Persona Víctima Directa	V
Persona Quejosa Víctima Indirecta	QVI
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Persona Médica Residente	PMR
Personal Administrativo Directivo	PAD

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

INSTITUCIONES	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ABREVIATURA
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Comisión Interamericana de Derechos Humanos	CIDH
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional o CNDH
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Hospital General de Zona No. 15 del IMSS en Reynosa, Tamaulipas.	HGZ-15
Hospital General Regional No. 270 del IMSS en Reynosa, Tamaulipas.	HGR-270
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25 del IMSS en Monterrey, Nuevo León.	UMAE-25
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV o Comisión Ejecutiva
Órgano Interno de Control Específico en el Instituto Mexicano del Seguro Social	OIC-IMSS
Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social - Comisión Bipartita	CT-IMSS
Queja Médica iniciada en la CT-IMSS	QM
Expediente Administrativo de Investigación iniciado ante el OIC-IMSS sobre el caso de V	EA

NORMATIVIDAD	
NOMBRE	ABREVIATURA
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Ley General de Salud	LGS

NORMATIVIDAD	
NOMBRE	ABREVIATURA
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	RLGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.	RPM-IMSS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-027SSA3-2013 – Regulación de los Servicios de Salud.	NOM-Servicios de Salud
Normal Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas	NOM-Para Residencias Médicas
Guía de actuación clínica en la hemorragia intracerebral de la Sociedad Española de Neurología	Guía- Hemorragia intracerebral
Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de las Crisis Hipertensivas en Adultos en los tres niveles de atención. Evidencias y Recomendaciones. Actualización 2020	GPC-Crisis Hipertensivas

I. HECHOS

5. El 22 de noviembre de 2023, QVI presentó queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Tamaulipas, por razón de competencia fue remitida a esta Comisión Nacional en esa misma fecha, en la cual señaló presuntos actos violatorios de derechos humanos en agravio de V. QVI manifestó que V ingresó al HGZ-15 el 16 de octubre de 2023, debido a que presentaba hipertensión y deterioro neurológico, fue valorada y posteriormente dada de alta; sin embargo, al siguiente día regresaron debido a V no presentó mejoría siendo referida tres días después al Área de Urgencias del HGR-270. En llamada telefónica subsecuente con QVI informó que V permaneció internada en el HGR-270 durante tres semanas, e indicó que a su parecer no recibió la atención médica requerida por los Servicios de Neurocirugía, Medicina Interna y de

la Unidad de Cuidados Intensivos de dicho nosocomio. Además, se ordenó a V trasladarla a un hospital de tercer nivel la UMAE-25, pero dicho traslado no se efectuó y el 24 de noviembre de 2023, falleció a causa de una hemorragia subaracnoidea.¹

6. Por los hechos narrados, se inició en esta Comisión Nacional el expediente de queja **CNDH/PRESI/2023/18757/Q**, para documentar las violaciones a derechos humanos, se solicitó diversa información al IMSS, entre ella, copia del expediente clínico de V cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

7. Oficio 01315/2023 de 22 de noviembre de 2023, enviado por personal de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Tamaulipas, mediante el cual remitió la comparecencia de QVI quien manifestó su inconformidad con la atención médica proporcionada a V por parte del personal médico tanto del HGZ-15 como del HGR-270.

8. Acta circunstanciada de 22 de noviembre de 2023, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la que se hizo constar la llamada telefónica con QVI, quien manifestó que V se encontraba internada en el HGR-270 del IMSS, a la espera de ser trasladada a la UMAE-25.

9. Correo electrónico de 18 de enero de 2024, por medio del cual personal del IMSS remitió los expedientes clínicos de V, respecto de la atención médica que se le otorgó en el HGZ-15 y en el HGR-270, de los cuales destacan las siguientes constancias:

A. Notas del HGZ-15

¹ Sangrado repentino en el espacio entre las meninges del cerebro.

9.1. Triage y Nota Inicial del Servicio de Urgencias de las 22:30 horas de 16 de octubre de 2023, en la cual se registró que V ingresó a ese Servicio en virtud de que presentaba crisis hipertensiva, con tensión arterial de 170/110 mmHg y saturación de oxígeno disminuida del 90%, clasificándola en color amarillo².

9.2. Nota del servicio de Urgencias de las 22:55 horas de 16 de octubre de 2023, suscrita por PMR, persona médica residente del HGZ-15, quien confirmó el diagnóstico de crisis hipertensiva, asentando que V presentaba 15 puntos en la escala de Glasgow.³

9.3. Nota del servicio de Urgencias de 17 de octubre de 2023, suscrita por PMR, quien asentó que se dio de alta a V con diagnóstico de egreso: crisis hipertensiva resuelta.

9.4. Nota de atención médica de 17 de octubre de 2023, a las 18:00 horas por parte de AR2, personal médico adscrito al Servicio de Neurocirugía, quien asentó que valoró a V, encontrándola con Glasgow de 8 puntos.⁴

B. Notas del HGR-270

9.5. Triage y Nota Inicial del Servicio de Urgencias, nota de atención médica de 19 de octubre de 2023, a las 12:44 horas, por parte de PSP1, personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del HGR-270, quien señaló que V fue referida a ese nosocomio por parte del HGZ-15, para valoración por el servicio de Neurocirugía, por contar con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea Hunt y

² Urgencia calificada: amarillo (condiciones en las cuales la persona paciente puede deteriorarse, llegando a poner en peligro su vida o la función de alguna extremidad, así como reacciones adversas que pueda presentar el paciente al tratamiento establecido y debe ser atendido en los primeros 30 a 60 minutos.

³ Método práctico para evaluar el deterioro del nivel de conciencia en respuesta a estímulos definidos.

⁴ Estado de conciencia severamente alterado o lesión cerebral grave.

Hess3, Fisher 3⁵.

9.6. Nota de valoración de neurología de 19 de octubre del 2023, a las 14:14 horas, suscrita por AR7, personal médico adscrito al Servicio de Neurocirugía del HGR-270, quien estableció impresión diagnóstica: hemorragia subaracnoidea Fisher IV⁶, secundaria a probable aneurisma más hidrocefalia⁷.

9.7. Nota de evolución urgencias T.V. de 24 de octubre del 2023, a las 19:30 horas, suscrita por PSP2, personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del HGR-270, reiteró el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea Fisher IV, precisó que el probable origen era aneurismático resulta con estoma con drenaje, hidrocefalia, lesión renal aguda, hipernatremia remitida, hipertensión arterial sistémica controlada y diabetes mellitus tipo 2.

9.8. Nota médica de valoración de 1 de noviembre del 2023, a las 15:30 horas, suscrita por PSP3 personal médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos del HGR-270, señaló que V ameritaba atención en la Unidad de Cuidados Intensivos; sin embargo, mencionó que ese nosocomio no contaba con dicho Servicio habilitado y que previamente se había realizado la referencia a la UMAE-25.

9.9. Notas médicas y prescripción, nota de medicina crítica de 10 de noviembre del 2023, a las 18:00 horas, signada por PSP4 personal médico adscrito al Servicio de Medicina Crítica del HGR-270, indicó que V se encontraba

⁵ Escala para clasificar una hemorragia si el grado de Hunt y Hess mayor/igual de III: Ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos.

⁶ Hematoma intracerebral y/o intraventricular con o sin sangrado subaracnoideo difuso. Se ha determinado que la presencia de hemorragia intraventricular (Fisher Grado IV) es un predictor de mal pronóstico.

⁷ La Hidrocefalia es un trastorno que consiste en un acumulo excesivo de líquido cefalorraquídeo (LCR) dentro de la cabeza.

cursando el día 22 de estancia intrahospitalaria a cargo del Servicio de Neurocirugía, bajo ventilación mecánica prolongada y postoperada de ventriculostomía.

9.10. Notas médicas y prescripción nota de atención médica de 14 de noviembre del 2023, a las 11:50 horas, suscrita por AR7 en la que se asentó que V fue valorada después de 21 días por el personal especialista en Neurocirugía, señaló la necesidad de enviar a V a una Unidad de Cuidados Intensivos.

9.11. Notas médicas y prescripción nota de atención médica de 22 de noviembre del 2023, a las 08:40 horas, suscrita por AR7 en la que estableció datos de choque probablemente de origen séptico.

9.12. Notas médicas y prescripción nota de atención médica, nota de evolución del Servicio de Neurocirugía de 23 de noviembre de 2023, a las 14:06 horas, suscrita por AR7 en la que mencionó que V presentaba daño neurológico severo e irreversible, agregando que ya no ameritaba manejo quirúrgico.

9.13. Nota de gravedad y defunción de 24 de noviembre del 2023, suscrita por PSP5, personal médico intensivista adscrito al HGR-270, en la que estableció que V falleció, integrándose el diagnóstico de choque séptico, neumonía asociada a la ventilación mecánica y hemorragia subaracnoidea, diabetes mellitus tipo 2, hipotiroidismo e hipertensión arterial sistémica.

10. Correo electrónico de 8 de julio de 2024, al cual se adjuntó el oficio No. 112622, de 2 de julio de 2024, suscrito por la personal titular de la Dirección del HGZ-15, por medio del cual remitió la transcripción de diversas notas médicas de atención que se le brindó a V durante su estancia en ese nosocomio, de las cuales destacan las siguientes:

10.1. Nota de reingreso a urgencias de 17 de octubre de 2023, suscrita por AR1 personal médica adscrita al Servicio de Urgencias del HGZ-15, en la que estableció como diagnóstico de V: Hemorragia subaracnoidea Hunt y Hess 3/Fisher 3, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2, e hipotiroidismo en tratamiento.

10.2. Nota de evolución vespertina de 17 de octubre de 2023, a las 19:00 horas, suscrita por AR3 personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGZ-15, en la que estableció que V continuaba con estrecha vigilancia de estado hemodinámico, cardiológico y neurológico.

10.3. Notas médicas y preinscripción de 18 de octubre de 2023, a las 00:20 horas, suscrita por AR4, personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGZ-15, en la que asentó el pronóstico de V como un paciente grave con altas posibilidades de complicaciones.

10.4. Nota de evolución de cubo de choque de 18 de octubre de 2023, a las 09:00 horas, elaborada por AR5 personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del HGZ-15, en la que precisó que V se encontraba con apoyo de oxígeno suplementario, saturación disminuida al 90 %, distrés respiratorio, con alteración del estado de alerta con Glasgow de 7 puntos, llenado capilar retardado de 06 segundos, motivo por el cual se decidió manejo avanzado de la vía aérea (intubación).

10.5. Nota de evolución de cubo de choque de 18 de octubre del 2023, a las 19:30 horas, signada por AR6 personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del HGZ-15, indicó que se le colocó a V catéter venoso central, agregando que continuaba vigente el envío para valoración al servicio de Neurología del HGR-

270.

11. Opinión Especializada en Materia de Medicina de 5 del diciembre de 2024, elaborada por la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de esta Comisión Nacional, donde se concluyó que fue inadecuada la atención médica brindada a V por parte del personal médico del HGZ-15 y del HGR-270.

12. Correo electrónico de 30 de enero del 2025, por medio del cual, se anexó el oficio No. 000157, de 23 de enero del 2025, mediante el cual la persona titular de la Dirección del HGZ-15 del IMSS, proporcionó los datos de AR1, AR3, AR4, AR5 y AR6; además, se remitió copia del Acuerdo de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del CT- IMSS, de 30 de octubre de 2024, en el que se determinó que la QM es procedente desde el punto de vista médico.

13. Correo electrónico de 6 de marzo del 2025, en el que se anexó el oficio No. SABG/OICGYR/AIDI03/0743/2025, mediante el cual el OIC-IMSS, indicó que se inició el expediente EA con motivo de los hechos materia de la presente Recomendación, el cual se encuentra en etapa de investigación.

14. Acta circunstanciada de 7 de marzo del 2025, mediante el cual personal de este Organismo Nacional hizo constar llamada telefónica con QVI, en la que mencionó que no ha formulado denuncia ante el Ministerio Público y que no se le ha notificado la resolución de la QM, además, precisó que a V le sobreviven sus otros hijos VI1, VI2 y VI3.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

15. Esta Comisión Nacional tuvo conocimiento que el CT-IMSS conoció del presente asunto a través de la QM, la cual resolvió mediante acuerdo del 30 de octubre de 2024, procedente desde el punto de vista médico; sin que, hasta la fecha de la emisión de esta Recomendación, QVI haya iniciado los trámites para la reparación del daño material.

16. El OIC-IMSS, informó a esta CNDH, que emitió el 10 de enero del 2025 acuerdo de radicación del ERA con motivo de los hechos materia de la presente Recomendación, el cual se encuentra en trámite.

17. Con independencia de los anteriores procedimientos, esta Comisión Nacional no contó con evidencia de que se hubiese iniciado denuncia penal, demanda por responsabilidad patrimonial del Estado, Juicio de Amparo o conciliación ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico a consecuencia de los hechos que motivan la presente Recomendación.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

18. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2023/18757/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 y perspectiva de persona mayor⁸, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de

⁸ La perspectiva de derechos humanos aplicada a las personas mayores se caracteriza por reconocer los derechos de las personas mayores y su capacidad de ejercerlos, así como con las obligaciones de las autoridades al respecto, como incluir las múltiples vejezes, conciliar los diferentes principios y visibilizar las necesidades y las aportaciones de las personas mayores. Retomado de: <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/Publicaciones/archivos/2022-/Manual%20para%20juzgar%20casos%20de%20personas%20mayores.pdf>

Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales y precedentes aplicables tanto de la CrIDH como de la SCJN, se contó con evidencias que permiten acreditar la violación al derecho a la protección de la salud, a la vida y al trato digno en agravio de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2 y VI3, por los actos y omisiones del personal médico del HGZ-15 y HGR-270, ya que la atención médica proporcionada a V fue inadecuada, lo que contribuyó al deterioro de sus condiciones clínicas y a su posterior fallecimiento; lo anterior, en razón de las consideraciones que se exponen a continuación.

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

19. 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.⁹

20. Los principios de París prevén expresamente las competencias de las instituciones nacionales de derechos humanos, entre las que se encuentran que tengan el mandato más amplio posible para supervisar cualquier indicio de violaciones a los derechos humanos y poder emitir dictámenes recomendaciones, propuestas e informes al respecto, pudiendo “formular recomendaciones a las autoridades competentes”.¹⁰

21. El derecho a la protección de la salud está establecido por diversos instrumentos internacionales, como en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos

⁹ CNDH. Recomendaciones 28/2021, párr. 21, 52/2020, párr. 42, 23/2020, párr. 36; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28.

¹⁰ Apartado D, de los Principios complementarios relativos al estatuto de las comisiones dotadas de competencia cuasi jurisdiccional.

Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce el referido derecho al más alto nivel posible de salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en su Observación General No. 14, Derecho al disfrute más alto nivel posible de salud, determinó que tal derecho no solamente implica obligaciones de carácter negativo o de abstención que impidan la efectividad del derecho a la salud, sino que el Estado y las instituciones de salud deben abstenerse de impedir el acceso a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud.¹¹

22. En tanto que, el numeral 4 de la CPEUM, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹²

23. Este Organismo Nacional ha señalado en la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, que:

(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad, física, económica y acceso a la información, aceptabilidad y calidad.¹³

¹¹ “(...) el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Parte: la obligación de respetar, proteger y cumplir (...) La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud”. ONU, Observación General No. 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, del 11 de agosto de 2000, párr. 33.

¹² “Artículo 1o. Bis. Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación 7 de febrero de 1984.

¹³ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párr. 21.

24. 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, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”¹⁴

25. 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...”.

26. Al respecto, el artículo 2, fracción V de la Ley General de Salud dispone que el derecho a la protección de la salud tiene como una de sus finalidades “El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.”

27. Finalmente, la SCJN en Tesis Aislada, ha expuesto como parte del estándar de protección del derecho humano a la salud, reconocido en los artículos 4, párrafo cuarto de la CPEUM, 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de las Formas de Discriminación Racial, que las autoridades del Estado se encuentran directamente obligadas a garantizar el derecho

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

a la salud, brindando la asistencia médica y tratamientos de forma oportuna, permanente y constante.¹⁵

A.1. ANTECEDENTES DE LA CONDICIÓN DE SALUD DE V

28. El caso que nos ocupa involucra a V, persona adulta mayor con antecedente médico de hipertensión arterial de más de 20 años de evolución, diabetes mellitus tipo 2 de 15 años de evolución, hipotiroidismo y obesidad grado III mórbida¹⁶, quien acudió al HGZ-15 por presentar cuadro clínico de cefalea, náuseas y vómito, con toma de presión arterial en su domicilio con cifra de 120/120 mmHG y toma de dosis única de antihipertensivo.

A. 2. VULNERACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V POR LA INADECUADA ATENCIÓN BRINDADA POR LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL HGZ-15

29. El 16 de octubre del 2023, a las 22:30 horas, V fue atendida en el Servicio de Urgencias del HGZ-15, por PMR, persona médico residente que realizó la valoración médica de V sin la supervisión y/o asesoría del médico adscrito o de base del servicio, con diagnóstico de crisis hipertensiva, con una tensión arterial de 170/110 mmHg, saturación de oxígeno disminuida al 90%, le otorgó tratamiento con antihipertensivo; posteriormente, indicó que presentó una reducción de esta mayor al 20%, decidió su egreso a su domicilio con diagnóstico de crisis hipertensiva resuelta.

30. Transcurridas nueve horas después del alta previa, el 17 de octubre del 2023, V reingresó al Servicio de Urgencias del HGZ-15, siendo valorada por AR1 personal médico adscrita a ese Servicio, quien estableció el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea Hunt y Hess 3/Fisher 3, hipertensión arterial sistémica, diabetes

¹⁵ Tesis [A]: 1a. XIII/2021 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, s.t., Mayo de 2021, s.p., Reg. digital: 2022890.

¹⁶ (98kg) con un índice de masa corporal¹⁶ 40.3

mellitus tipo 2 e hipotiroidismo en tratamiento; de igual forma, solicitó paraclínicos, estudios de imagen e interconsulta al servicio de Neurocirugía para su valoración y normar conducta terapéutica.

31. En ese sentido, en la Opinión Médica elaborada por personal de esta CNDH señaló que, AR1 omitió registrar la saturación de oxígeno que presentaba V, a fin de establecer si requería de respiración asistida ante el deterioro neurológico que presentó, tampoco se realizó una completa exploración neurológica para determinar el grado de daño cerebral y nivel de consciencia, a través de la escala de Glasgow, ya que con el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea Hunt y Hess3/Fisher 3, se trataba de una hemorragia con mal pronóstico y de las que presentan mayor riesgo de vasoespasma¹⁷, por lo que ameritaba manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos, acción que fue omitida, solicitó únicamente interconsulta al Servicio de Neurocirugía, incumpliendo con lo establecido en la Guía-Hemorragia intracerebral.

32. Subsecuentemente, 7 horas después de su reingreso, el 17 de octubre del 2023, V continuó en el Servicio de Urgencias del HGZ-15 del IMSS, siendo atendida por AR2 personal médico adscrito al Servicio de Neurocirugía, quien asentó en su nota que la encontró con un Glasgow 8¹⁸, estableció como impresión diagnóstica hemorragia intraventricular con hidrocefalia secundaria y como plan terapéutico realizar ventriculostomía¹⁹ en breve.

33. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se destacó que AR2, ante la presencia de un deterioro neurológico importante con un Glasgow 8, omitió indicar la intubación de V en ese momento, solo prescribió un plan terapéutico de una

¹⁷ Vasoespasma: estrechamiento subagudo de las arterias intracraneanas. Es una complicación tardía. Clínicamente se manifiesta según el territorio comprometido, y puede existir indiferencia al medio, deterioro del sensorio, aparición de nuevo déficit, aumento inexplicable de la tensión arterial o poliuria.

¹⁸ Estado de consciencia severamente alterado o lesión cerebral grave.

¹⁹ La ventriculostomía es la realización de un pequeño orificio en los ventrículos, que permite una conexión directa entre estos y el espacio subaracnoideo salvando la obstrucción.

ventriculostomía, sin embargo, se advirtió que dicha cirugía no fue llevada a cabo en esa hospitalización, tampoco indicó medidas antiedema por alto riesgo de elevación de la presión intracraneal, por lo que se considera que al tratarse de una emergencia neurológica, la atención debía ser inmediata, sin embargo, esto contribuyó en un atraso en el manejo oportuno del padecimiento de V y por ende el detrimento del estado de salud de la misma, al evolucionar a un mayor daño cerebral, con la presencia de complicaciones neurológicas incumpliendo con lo dispuesto en la Guía-Hemorragia intracerebral.

34. A las 19:00 horas de esa misma fecha, V fue valorada por AR3 personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del HGZ-15, quien refirió que la encontró con datos de lesión o falla renal aguda por incremento de los azoados y desequilibrio hidroelectrolítico por discreta disminución del magnesio, lo cual era esperado ante el evento hemorrágico que presentó.

35. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional se precisó que, ante el reporte bioquímico que indicaba que V presentó falla o lesión renal aguda, no era recomendable iniciar con manejo aporte hídrico, tal y como lo realizó AR3, ya que no había señalamiento al respecto en las indicaciones médicas.

36. Posteriormente, casi 12 horas después del reingreso de V al HGZ-15, el 18 de octubre de 2023, fue valorada por parte de AR4 personal médico adscrito al Servicio de Urgencias, quien la encontró consciente, con tensión arterial elevada, presentó el caso clínico de V en el Servicio de Cuidados Intensivos, siendo aceptada de manera verbal; sin embargo, se informó que no contaban con espacio para su ingreso por lo que fue derivada a esa sala para manejo estrecho de neuroprotección.

37. Se abundó en la Opinión Médica de esta CNDH que 6 horas antes, V fue referida por parte de AR2 con un Glasgow de 8 puntos, que se considera un estado de consciencia severamente alterado, en la valoración de AR4 la señaló consciente,

lo cual resulta inconsistente, además, de que persistió el incremento en la tensión arterial, se continuó sin el inicio de manejo de antihipertensivo, aunado a que no ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos, condiciones que contribuyeron en un retraso en el manejo oportuno de V, lo que favorecieron el deterioro de su estado de salud, al evolucionar a un mayor daño cerebral, con la presencia de complicaciones neurológicas.

38. El 18 de octubre del 2023, a las 09:00 horas, V fue valorada por AR5 personal médico adscrito al Servicio de Urgencias, quien la encontró con distrés respiratorio, con alteración del estado de alerta con Glasgow de 7 puntos, llenado capilar retardado de 6 segundos, por lo que se decidió el manejo avanzado de la vía aérea²⁰; para las 19:30 horas, V fue valorada por AR6 personal médico adscrito al Servicio de Urgencias, señaló que se le colocó catéter venoso central y que continuó vigente el envío de V para valoración por el Servicio de Neurología del HGR-270; a las 19:44 horas AR6 señaló que, V había sido aceptada en el HGR-270 por Neurocirugía para el 19 de octubre del 2023.

39. Cabe destacar que, para la fecha citada en el punto anterior, habían transcurrido 2 días del reingreso de V, sin que se le hubiera realizado el procedimiento de ventriculostomía y sin que se realizaran las gestiones para el traslado de forma urgente a otra unidad médica o se subrogara el servicio ante la emergencia neurológica que presentaba el caso de V, omisión atribuible al PAD del HGZ-15 que contribuyó en el atraso en el manejo oportuno de V y por ende favoreció el deterioro de su estado de salud.

40. En la Opinión Médica Especializada, se estableció que la atención médica que se le brindó a V en el Servicio de Urgencias del HGZ-15 desde su reingreso del 17 al 19 de octubre del 2023, se considera incompleta e inadecuada por parte de AR1, AR3,

²⁰ Intubación, procedimiento médico mediante la colocación de una sonda para mantener abiertas las vías respiratorias

AR4, AR5 y AR6, al omitir realizar un completo manejo médico ante una emergencia neurológica como lo es un EVC²¹ con un adecuado mantenimiento de soporte vital, debiendo tener en cuenta la estabilización de la respiración y la circulación, no se indicó el manejo de antihipertensivo, tampoco se instauraron medidas antiedema cerebral, toda vez que, los objetivos principales del tratamiento de la hemorragia subaracnoidea son la prevención de complicaciones neurológicas y médicas que se pueden presentar, por lo que se requiere una estrecha vigilancia de las personas pacientes, de su exploración neurológica constante, lo que se considera que contribuyó en un atraso en el manejo oportuno de V, y por ende en el deterioro de su estado de salud al evolucionar a un mayor daño cerebral, por la presencia de complicaciones neurológicas.

41. Además, se observó en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional que la atención médica proporcionada por AR2 fue inadecuada toda vez que, omitió indicar la intubación de V ante el deterioro neurológico importante, así como prescribir medidas antiedema por alto riesgo de elevación de la presión intracraneal, al tratarse de una emergencia neurológica, cuya atención debió ser de manera inmediata, lo cual no ocurrió, contribuyó en el retraso en el manejo oportuno y favoreció el detrimento del estado de salud al evolucionar a un mayor daño cerebral, con la presencia de complicaciones neurológicas.

42. Por lo antes expuesto, se concluyó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, vulneraron en perjuicio de V su derecho humano a la protección de la salud por la inadecuada atención médica que se le brindó en el HGZ-15, contenido en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la CPEUM; 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III y XI; 32, 33, fracciones I y II, de la LGS; 8, fracciones I y II; así como 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud.

²¹ Enfermedad vascular cerebral de tipo hemorrágico

A. 3. VULNERACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V POR LA INADECUADA ATENCIÓN BRINDADA POR LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL HGR-270

43. El 19 de octubre del 2023, a las 12:36 horas, V ingresó al Servicio de Urgencias del HGR-270, siendo valorada por PSP1 personal médico adscrito a ese Servicio, quien señaló que fue referida por parte del personal del HGZ-15, para valoración por parte del Servicio de Neurocirugía, encontrándola bajo sedación, orointubada, saturando al 97%, tensión arterial elevada, mencionando que ya había sido valorada por parte de Neurocirugía y se encontraba a la espera de tiempo quirúrgico.

44. De acuerdo con la nota de valoración médica del 19 de octubre del 2023, a las 14:14 horas, V fue atendida por AR7 personal médico adscrito al Servicio de Neurocirugía, quien la refirió sin cambios en la exploración física previamente, estableciendo como impresión diagnóstica hemorragia subaracnoidea Fisher IV, secundaria a probable aneurisma más hidrocefalia, señaló que requería de sedación, manejo antiedema, antivasoespasmo con nimodipino y derivación con ventriculostomía al contar con tiempo quirúrgico.

45. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se advirtió que la literatura médica especializada en hemorragia subaracnoidea menciona que el desarrollo de la hidrocefalia es una complicación precoz, que se puede instaurar desde las primeras horas, se consideran factores de riesgo para su desarrollo la demora en el ingreso y el inicio de tratamiento y la mala situación neurológica al ingreso, por lo cual en el presente caso se evidencia que, ante un retraso en el manejo oportuno de V, quien presentaba en ese momento hemorragia subaracnoidea Fisher IV, hemorragia intraventricular e hidrocefalia, factores que se asocian a un mal pronóstico y mayor mortalidad, sin dejar de mencionar que se trataba de una persona paciente adulta mayor, con múltiples comorbilidades como lo son hipertensión arterial sistémica

descontrolada, diabetes mellitus tipo 2 y obesidad grado 3, condiciones que aumentaban el riesgo de hemorragia intracerebral.

46. Del 19 al 23 de octubre de 2023, V permaneció internada en el Área de Urgencias, siendo valorada por personal médico de ese servicio, quien reiteró que presentaba hemorragia subaracnoidea Fisher IV y que se encontraba a la espera de que se le practicara ventriculostomía cuando se contara con tiempo quirúrgico.

47. Posteriormente, el 24 de octubre del 2023, cinco días posteriores al ingreso de V al HGR-270, fue valorada por PSP2 personal médico adscrito al Servicio de Urgencias, quien mencionó que ese día, sin especificar la hora, se le practicó procedimiento de descompresión (ventriculostomía), integraron el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea Fisher IV, probable origen aneurismático resuelta con estoma con drenaje, hidrocefalia, lesión renal aguda, hipernatremia remitida, hipertensión arterial sistémica controlada y diabetes mellitus tipo 2, informado a los familiares del estado de salud grave y con alto riesgo de complicaciones.

48. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, no pasó inadvertido que, fue una semana posterior de haberse establecido el diagnóstico por parte de AR2 de hemorragia intraventricular con hidrocefalia secundaria, que se llevó a cabo el procedimiento de ventriculostomía, esto a pesar de haberse indicado realizarse en breve al considerarse una emergencia neurológica, lo cual generó un retraso injustificado en el manejo oportuno de dicha patología, omisiones atribuibles al PAD del HGZ-15.

49. Continuando V con su internamiento, fue hasta el 1 de noviembre del 2023, que se indicó por documental médica, valoración por parte de PSP3 personal médico adscrito al Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos, quien mencionó que cursaba con hemorragia subaracnoidea de origen aneurismático y complicación de hidrocefalia, por lo que, ameritaba resolución quirúrgica y cuidados postquirúrgicos en

la Unidad de Cuidados Intensivos, sin embargo, mencionó que esa unidad no contaba con dicho servicio habilitado y que previamente se había realizado la referencia a la UMAE-25, por lo que insistió en el envío de V a esa unidad.

50. Del 2 al 9 de noviembre de 2023, V permaneció a la espera de ser referida a una Unidad Médica con mayor capacidad de resolución, lo que contribuyó en un atraso en el manejo oportuno de la V y por ende en el deterioro de su salud, al evolucionar a un mayor daño cerebral, falla multiorgánica y adquirir neumonía asociada a la ventilación mecánica.

51. Posteriormente, el 10 de noviembre del 2023, a las 18:00 horas, V fue valorada por PSP4 personal médico adscrito al Servicio de Medicina Crítica, quien asentó que V se encontraba a cargo del servicio de Neurocirugía, cursando el día 22 de estancia intrahospitalaria, bajo sedación mecánica prolongada, postoperada de ventriculostomía, agregando que no se contaba con notas de seguimiento por parte de Neurocirugía, agregando que tenía indicación de envío a tercer nivel, pero no contaba con formato “430-8”, ni tenía seguimiento de la Jefatura de Cirugía; además de que no contaba con indicaciones actualizadas, por lo que sugirió realizar traqueostomía por ventilación mecánica prolongada, asimismo señaló que era necesario que el Servicio de Neurocirugía definiera si era necesario algún otro manejo, o bien, si continuaba vigente su envío a tercer nivel y darle seguimiento.

52. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se estableció que V no fue valorada de manera continua ni periódica por AR7, desde el 28 de octubre al 9 de noviembre del 2023, lo cual se confirmó con la nota médica suscrita por PSP4, por lo que se considera una atención médica inadecuada por AR7 al ser omisión del cuidado de V durante los días señalados, al no valorar de manera continua ni periódica, lo que contribuyó en el deterioro de su estado de salud, al evolucionar a un mayor daño cerebral, falla multiorgánica y adquirir una neumonía asociada a la ventilación mecánica, incumpliendo lo que establece la LGS en sus artículos 32, 33 y 51, así como

9, 26, 48 y 74 del RLGS, además de lo señalado en los diversos 3, 7, 12 y 94 del RPM-IMSS y con la NOM-004-SSA3-2012.

53. Después de 21 días de haber realizado el procedimiento quirúrgico de ventriculostomía, el 14 de noviembre del 2023, tal y como consta con la documental médica suscrita por AR7, quien refirió que V corría riesgo de presentar isquemia cerebral tardía²², por lo que informó nuevamente la necesidad de enviarla a una unidad de cuidados intensivos, así como realizar angiorresonancia magnética, para valorar el hallazgo de patología aneurismática.

54. En la Opinión Médica Especializada de esta Comisión Nacional se precisó que fue inadecuada la atención médica brindada a V por AR7 toda vez que, omitió dar seguimiento continuo a V, actualizar estudios de laboratorio y gabinete; además omitió insistir durante 21 días en el traslado de V a la UMAE-25 o a cualquier otra unidad que dispusiera del Servicio de Terapia Intensiva para la adecuada valoración y manejo médico de la misma, o en su caso la subrogación del Servicio, dado la gravedad y deterioro que presentó V.

55. No pasa inadvertido para este Organismo Nacional que, en la resolución de la QM emitida por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del CT- IMSS, se precisó que V ingresó al HGZ-15 con deterioro neurológico, agregando que mediante TAC de cráneo se evidenció hemorragia subaracnoidea, por lo que al no contar con los insumos necesarios fue referida al HGR-270, donde Neurocirugía realizó ventriculostomía cerebral y colocación de catéter ventricular externo; no obstante, durante el postquirúrgico existió abandono de V por parte del Servicio de Neurocirugía, lo que conllevó a que presentará múltiples complicaciones, evolución

²² Se produce hasta un 30% de los pacientes con HSA entre el 4 y 10 día tras la HSA y es la principal causa de mortalidad y discapacidad en pacientes que sobreviven, el principal determinante del riesgo de desarrollar ICT es la gravedad de la HSA.

tórpida y finalmente su deceso guarda relación con la atención médica institucional por el abandono de V.

56. El 22 de noviembre de 2023, V fue valorada por parte de AR7, quien emitió nota médica de evolución donde destacó que, la encontró con datos de choque probablemente de origen séptico y solicitó interconsulta al Servicio de Terapia Intensiva para que le brindaran manejo por choque séptico.

57. En la Opinión Médica Especializada de este Organismo Nacional se destacó que, AR7 ya no hizo referencia a los estudios que solicitó el 14 de noviembre del 2023, como lo fue la angiorresonancia, ni el envío a la UMAE-25, con lo que se evidenció nuevamente la falta de seguimiento de la evolución de V por parte de AR7.

58. El 23 de noviembre de 2023, V fue valorada por parte de AR7, quien la refirió con datos de daño neurológico severo e irreversible, precisando que ya no ameritaba manejo quirúrgico sin referir el motivo, informando a los familiares del alto riesgo de mortalidad a corto plazo.

59. Finalmente de acuerdo con la nota de gravedad y defunción de 24 de noviembre de 2023, signada por PSP5 personal médico adscrito al Servicio de Cuidados Intensivos, detalló que ese día valoró a V, quien se encontraba en malas condiciones generales, soporte ventilatorio y hemodinámico en parámetros máximos, sin lograr mantener signos vitales, ni palpar pulso, no realizó maniobras de reanimación a petición de familiar, estableció el diagnóstico de choque séptico, neumonía asociada a la ventilación mecánica y hemorragia subaracnoidea, con otros diagnósticos de diabetes mellitus tipo 2, hipotiroidismo e hipertensión arterial sistémica.

60. En la Opinión Médica Especializada de esta CNDH se estableció que fue inadecuada la atención médica que se le brindó a V en el HGR-270, toda vez que AR7 y PAD adscritos al HGR-270, responsables de gestionar los traslados y realizar las

subrogaciones, incumplieron con lo establecido en los artículos 19 y 51 de la LGS, así como en los artículos 7, 12 y 94 del RPM-IMSS, lo anterior debido a que no se realizaron las gestiones médicas-administrativas necesarias para la accesibilidad en cuanto a la atención a la que V tenía derecho; ya sea a través de referencia a otra unidad médica diferente a la contemplada en primera instancia UMAE-25 o bien, la posibilidad de subrogación del Servicio, para con ello se le pudiera brindar la terapéutica médica que requería, lo cual favoreció el deterioro de su estado de salud, al evolucionar a un mayor daño cerebral, falla multiorgánica y adquirir neumonía asociada a la ventilación mecánica, que desarrolló choque séptico y finalmente contribuyó a su fallecimiento.

B. DERECHO HUMANO A LA VIDA

61. La vida como derecho fundamental se encuentra debidamente tutelado en el párrafo segundo del artículo 29 de la CPEUM y en las normas internacionales,²³ por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

62. Al respecto, la CrIDH ha establecido que el derecho a la vida “es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los derechos humanos, de no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. Debido al carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo.”;²⁴ en ese sentido, la SCJN ha determinado que “(...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las

²³ Artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

²⁴ Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos número 21. Derecho a la Vida, pág. 5. Disponible en <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo21.pdf>.

medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...).²⁵

63. La Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021,²⁶ señaló que:

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

64. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 que estuvieron a cargo de su atención tanto en el HGZ-15 y HGR-270, también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida con base en lo siguiente:

B.1. VULNERACIÓN DEL DERECHO HUMANO A LA VIDA DE V

65. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se concluyó que la atención médica proporcionada a V por AR1, AR3, AR4, AR5 y AR6, del 17 al 19 de octubre del 2023, fue inadecuada e incompleta toda vez que se omitió realizar un completo abordaje diagnóstico y plan terapéutico ante una emergencia neurológica como es la Enfermedad Vascular Cerebral de tipo hemorrágico, descrito en el análisis del presente documento, condiciones que contribuyeron en un atraso en el manejo

²⁵ SCJN, Tesis Constitucional, "DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO", Registro 163169.

²⁶ 2 de septiembre de 2021, párrafo 97.

oportuno de V y en el deterioro del estado de salud, al evolucionar a un mayor daño cerebral con presencia de complicaciones neurológicas.

66. Respecto de la atención médica proporcionada a V, por parte de AR2, se precisó que omitió indicar la intubación, prescribir medidas antiedema por alto riesgo de elevación de la presión intracraneal mientras se llevaba a cabo el procedimiento de ventriculostomía indicado por el propio especialista, por lo que al tratarse de una emergencia neurológica debió brindar una atención de manera inmediata, sin embargo, al no actuar de esa manera contribuyó al atraso del manejo oportuno de V favoreciendo el detrimento de su estado de salud al evolucionar a un mayor daño cerebral, con la presencia de complicaciones neurológicas.

67. Respecto de la atención proporcionada por AR7, se precisó que al realizar el procedimiento de ventriculostomía cinco días posteriores al ingreso de V al HGR-270, evidenció un retraso injustificado en el manejo oportuno de dicha patología al considerarse una emergencia neurológica debió tratarse de manera inmediata, además, de no valorar de manera continua a V, considerándose una omisión de cuidado por parte de ese especialista, quien conjuntamente con el PAD omitieron realizar las gestiones médico-administrativas para el traslado de V, a la UMAE-25 o cualquier otra unidad que su contara con el servicio de Terapia Intensiva, lo anterior favoreció el deterioro del estado de su estado de salud, al evolucionar a un mayor daño cerebral, falla multiorgánica y adquirir neumonía asociada a la ventilación mecánica, que desarrolló choque séptico y finalmente la muerte de V.

68. De esta forma, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 incumplieron lo señalado en el artículo 48 del Reglamento de la LGS que dispone: “Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)”, en concordancia con la fracción II del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica curativas: “tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los

problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...).”

69. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto de la CPEUM, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud, por lo que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, debieron valorar adecuada e integralmente a V para evitar que su salud se agravara con las complicaciones que propiciaron la pérdida de su vida.

70. La elevación del riesgo permitido repercutió en el deterioro de su salud, así como en el posterior fallecimiento de V, incumpliendo con lo previsto en los artículos 1o., párrafo primero de la CPEUM; 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, que establecen el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida.²⁷

B.2. PERSONAS MÉDICO RESIDENTES

71. En la Recomendación General 15, la CNDH destacó que:

(...) la carencia de personal de salud, (...), genera de manera significativa que estudiantes de medicina o de alguna especialidad presten el servicio de salud a derechohabientes (...) sin la supervisión adecuada, lo que en algunos casos trae como resultado daños en la salud de las personas, los cuales llegan al grado de ser irreparables (...).

²⁷ CNDH. Recomendación: 52/2023, párr. 70.

72. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional se determinó que PMR valoró a V sin la debida supervisión, orientación y dirección del personal adscrito al HGZ-15, al desestimar el cuadro clínico que presentó V, omitió presentar un completo abordaje médico, sin integrar un diagnóstico certero y normar la conducta a seguir, lo que contribuyó en su estado de salud, que se evidenció al ser dada de alta anticipadamente, no continuar bajo vigilancia médica, persistir en mal estado general, con sintomatología neurológica y reingresar al HGZ-15 del IMSS.

73. Por tanto, deberá investigarse a las personas servidoras públicas a cargo de PMR para que se deslinde su responsabilidad al haberse incumplido el punto 9.3²⁸, de la NOM-Para Residencias Médicas para que, en su caso, se deslinde la responsabilidad correspondiente al haber incumplido con la NOM-EM-001-SSA3-2022, cuyos lineamientos especifican que el profesorado titular y personal adjunto debieron coordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación de las personas médicas residentes, señaladas en el programa operativo correspondiente; y que las personas médicas residentes requieren recibir la educación de posgrado, de conformidad con los programas académicos de la institución de educación superior y operativo de la residencia médica correspondiente; bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesorado titular y la persona titular de la jefatura del servicio y el personal médico adscrito, en un ambiente de respeto y contar permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias.

74. Es importante reiterar que esta CNDH no está en contra de la enseñanza de las personas médicas residentes así como del Servicio Social en las Unidades Médicas, sino de que con la misma se generen situaciones de violaciones a los

²⁸ Contar permanentemente con la asesoría del personal médico de la unidad médica receptora de residentes y demás personas designadas para tal efecto, durante el desarrollo de las actividades diarias y en las guardias.

derechos humanos, cuando sus acciones se desarrollan sin la debida dirección, asesoría y/o supervisión del personal médico calificado.

C. DERECHO HUMANO AL TRATO DIGNO POR LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE V COMO PERSONA ADULTA MAYOR

75. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos en relación con su calidad de persona adulta mayor, específicamente el derecho a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad por tratarse de una persona adulta mayor con enfermedades crónico degenerativas al momento de los hechos; por lo que, atendiendo a la especial protección que tienen las personas en esa etapa de la vida, así considerada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, lo que debió implicar que V recibiera en el HGZ-15 y HGR-270 una atención prioritaria y adecuada por el personal médico tratante.

76. El artículo 1, párrafo quinto, de la Constitución Política establece la prohibición de cualquier acto “(...) que atente contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”; a su vez, los artículos 11.1 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, y 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se refieren al derecho al trato digno de toda persona.

77. El artículo 3, fracción I, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores señala como personas adultas mayores a quienes tienen 60 años o más. También, en su fracción IX, indica que la atención integral debe satisfacer “(...) las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores, con la finalidad de que vivan una vejez plena y sana, considerando sus hábitos, capacidades funcionales, usos y costumbres y preferencias”.

78. Los artículos 17, párrafo primero, del “Protocolo de San Salvador”; 9 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 sobre “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”; la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, establecen que constituyen una población vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en situación de desatención, siendo los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

79. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México²⁹, explica con claridad que “para las personas mayores ejercer plenamente el derecho humano a la protección de la salud implica la realización de diversas acciones afirmativas. Atendiendo a la información expuesta en este estudio, se estima que, aun cuando la cobertura de servicios se percibe elevada en términos cuantitativos, las autoridades competentes no satisfacen la demanda total nacional, ni garantizan la calidad y oportunidad de sus servicios. Se trata de un problema estructural que se agrava cuando se trata de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad múltiple, como la población en envejecimiento.”³⁰

²⁹ Publicado el 19 de febrero de 2019.

³⁰ CNDH, párrafo 418, pág. 232

80. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas adultas mayores, se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores³¹, en cuyo artículo 4, fracción V, dispone como principio rector la atención preferente, la cual es considerada como “(...) aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores”.

81. Además, entre otros derechos de las personas adultas mayores previstos en el artículo 5, fracciones I, III y IX del citado ordenamiento legal, se señalan: el derecho de la integridad, la dignidad y preferencia, y los derechos a la salud y de acceso a los servicios públicos. Uno de los objetivos de esta Ley, conforme a su artículo 10, es propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental, preservando su dignidad como ser humano, procurar una mayor sensibilidad y conciencia social, a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social.

82. En el artículo 18 del citado ordenamiento normativo, indica que corresponde a las instituciones públicas del sector salud, garantizar a las personas mayores el derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica.

83. También, es importante señalar que, en el párrafo 93 de la Recomendación 8/2020, se destacó: “Este derecho de las personas mayores implica, correlativamente, una obligación por parte de las autoridades del Estado, por un lado, garantizarlo y por el otro, protegerlo. Tienen la obligación de que exista una garantía constitucional y legal y que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria.”

³¹ Diario Oficial de la Federación, 25 de junio de 2002

84. El trato preferencial constituye una acción positiva, en razón de que el Estado conoce la necesidad de proteger de forma especial a ciertos grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas adultas mayores, quienes por su condición de edad son víctimas potenciales de violaciones a sus derechos humanos³²; como en el presente caso en que se vulneraron los referentes a la salud de V, quien no recibió atención médica adecuada acorde a su padecimiento y gravedad, ya que las omisiones descritas en el cuerpo de esta Recomendación, contribuyeron a que su estado de salud se agravara y derivara en la pérdida de su vida.

85. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad, a aquel “estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas.”³³ A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

86. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que “por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.”³⁴

87. Al pertenecer V a un grupo de atención prioritaria por tratarse de una persona adulta mayor al momento de los hechos, con los antecedentes clínicos, así como enfermedades de base, al no recibir atención médica preferente, se evidenció un retraso injustificado en el manejo la emergencia neurológica que presentó, tanto en el

³² Recomendación 260/2022, párrafo 86

³³ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev., Nueva York, ONU, 2003, p. 8; CNDH, Recomendaciones: 26/2019, p. 24; 23/2020, p. 26, y 52/2020, p. 9.

³⁴ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

HGZ-15 como en el HGR-270, la cual debió tratarse de manera inmediata, además, de no recibir valoración continua por parte de la especialidad de Neurología. Conjuntamente con el PAD del HGZ-15 que omitió realizar las gestiones médico-administrativas para su el traslado urgente al HGR-270 o cualquier otra unidad para realizar el proceso de ventriculostomía , así como el PAD del HGR-270 de referir a V a la UMAE-25 o cualquier otra unidad que su contara con el Servicio de Terapia Intensiva, lo que favoreció el deterioro de su estado de salud, al evolucionar a un mayor daño cerebral, falla multiorgánica y adquirir neumonía asociada a la ventilación mecánica, choque séptico y finalmente la muerte de V.

88. El artículo 10, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, establece que se deben propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental de los adultos mayores, preservando su dignidad como ser humano, procurando una mayor sensibilidad y conciencia social a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social; contrario a ello, el enfoque de atención médica por el IMSS fomenta obstáculos administrativos que impiden el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y carece de un enfoque pro persona.³⁵

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

89. El artículo 6, párrafo segundo, de la CPEUM establece el derecho de las personas al libre acceso a la información y determina que el Estado es el encargado

³⁵ El principio pro persona se refiere a que, en caso de que un juez o autoridad tenga que elegir qué norma aplicar a un determinado caso, deberá elegir la que más favorezca a la persona, sin importar si se trata de la Constitución, un tratado internacional o una ley. Bajo esta lógica, el catálogo de derechos humanos ya no se encuentra limitado a lo prescrito en el texto constitucional, sino que también incluye a todos aquellos derechos que figuran en los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano. Recuperado de <https://www.gob.mx/segob/articulos/en-que-me-beneficia-el-principio-pro-persona#:~:text=El%20principio%20pro%20persona%20es,10%20de%20junio%20de%202011> % 202011 consultado el 22 de mayo de 2023.

de garantizarlo. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de la Naciones Unidas, previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”³⁶.

90. En el párrafo 27 de la Recomendación General 29/2017³⁷, esta Comisión Nacional consideró que los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.

91. En tanto en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, la CrIDH indicó que un “expediente médico, adecuadamente integrado, [es un] instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.”³⁸

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

³⁶ Observación General 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), número iv).

³⁷ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017

³⁸ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 68.

estado de salud del paciente; (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”³⁹

93. Este Organismo Nacional en el párrafo 34 de la Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico tiene como finalidad que las personas usuarias puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre su estado de salud.

94. 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 observó en la integración del expediente clínico de V tanto en el HGZ-15 como en el HGR-270.

³⁹ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, Introducción, párrafo 3

D.1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE V

95. En la Opinión Médica de esta CNDH se estableció que las notas médicas del 17 al 19 de octubre del 2023, suscritas en su oportunidad por parte de AR1, AR3, AR4, AR5, AR6 del HGZ-15, así como AR7 del HGR-270, se elaboraron con el nombre incompleto, sin firma, número de cedula o matricula, lo cual transgrede lo dispuesto en la NOM-Del Expediente Clínico.

96. Además, de que se observó que V no fue valorada de manera continua por parte de AR7 del 28 de octubre del 2023 al 9 de noviembre del 2023, no se cuenta con notas médicas de seguimiento por parte de la especialidad de neurocirugía, lo cual contraviene lo que disponen los numerales 8, 8.1, 8.1.1, 8.1.2, 8.1.3, 8.1.4, 8.2, 8.3 con relación a lo previsto en el diverso 6.2.

97. De igual forma, no pasa inadvertido para esta CNDH que, mediante oficio de 03 de julio de 2024, suscrito por la persona titular de la Dirección del HGR-270, se informó que no existe evidencia de que en el expediente clínico de V obren notas de atención médica completas y legibles de los días 28 al 31 de octubre, 01 al 09 y del 15 al 21 de noviembre de 2023; nota de valoración pre y post quirúrgica de 24 de octubre de ese año; hojas de indicaciones médicas del 28 al 31 de octubre y del 13, 14, 15, 18, 19, 20 y 23 de noviembre de ese mismo año; así como hoja de referencia-contrarreferencia a la UMAE-25.

98. Si bien las omisiones en que incurrió personal médico tanto del HGZ-15 como del HGR-270 en las notas respectivas no incidieron en la evolución de la enfermedad de V, sí constituyen una falta administrativa, lo cual representa un obstáculo para conocer sus antecedentes médicos o bien para deslindar responsabilidades, por lo cual se vulneró el derecho a que QVI, VI1, VI2 y VI3, conociera la verdad, por tanto, este Organismo Nacional considera necesario que las instituciones públicas de salud

capaciten al personal en el manejo adecuado del expediente clínico al ser responsables solidarias de su cumplimiento.

V. RESPONSABILIDAD

V.1. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

99. Por lo expuesto, se acreditó que la responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, provino de la inadecuada atención médica proporcionada a V, lo cual culminó en la violación a su derecho humano a la protección de la salud que derivó en el fallecimiento de V.

100. AR1, AR3, AR4, AR5 y AR6, del 17 al 19 de octubre del 2023, omitieron realizar un completo abordaje diagnóstico y plan terapéutico ante la emergencia neurológica que presentaba V, como lo es una Enfermedad Vascular Cerebral de tipo hemorrágico, condiciones que contribuyeron en el deterioro de su estado de salud, al evolucionar a un mayor daño cerebral.

101. Además, AR2, omitió brindar una atención inmediata conforme a la emergencia neurológica que presentaba V el 17 de octubre del 2023, al no indicarle intubación, ni prescribir medidas antiedema por alto riesgo de elevación de la presión intracraneal en lo que se llevaba el procedimiento de ventriculostomía, lo cual favoreció su detrimento de su estado de salud al evolucionar un mayor daño cerebral, con presencia de complicaciones neurológicas.

102. Respecto de AR7, se evidenció que la atención médica que proporcionó a V fue inadecuada e incompleta al realizar el procedimiento de ventriculostomía cinco días posteriores a su ingreso al HGR-270, al considerarse una emergencia neurológica, por lo que se evidenció un retraso injustificado en el manejo oportuno de la patología que presentaba, además, de no valorar de manera continua a V e insistir en su traslado a la UMAE-25, omisión que favoreció el deterioro del estado de salud

de V, al evolucionar a un mayor daño cerebral, falla multiorgánica y adquirir una neumonía asociada a la ventilación mecánica, que evolucionó a choque séptico y finalmente con su muerte.

103. Este Organismo Nacional acreditó que las omisiones atribuidas al personal médico de referencia constituyen evidencia suficiente para determinar que incumplieron con su deber de actuar con disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia como personas servidoras públicas en términos de lo dispuesto por los artículos 7, fracciones I, VI, VII y VIII 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 garantiza la curación de la persona enferma, 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.

104. Conforme a lo anterior, se cuenta con evidencias del trámite del EA que se inició ante el OIC- IMSS, con motivo de la determinación de la Comisión Bipartita en la QM, de ahí que el IMSS deberá colaborar con esa la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento del citado Expediente Administrativo de Investigación.

105. Ante este respecto, de conformidad con el artículo 71, párrafo segundo y 72, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan a dicho Expediente Administrativo de Investigación, a fin de que, de ser el caso, sea considerada en la investigación respectiva, la responsabilidad, que en

su caso corresponda, de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 personal médico adscrito al HGZ-15, por las omisiones en la atención médica de V así como la inobservancia a la NOM-Del Expediente Clínico y NOM-De Residencias Médicas y AR7 personal médico adscrito al HGR 270 por la inadecuada atención médica brindada a V, así como por las irregularidades observadas en la integración del expediente clínico, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

V.2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

106. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° de la CPEUM, “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.”

107. 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.

108. 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.

109. Lo anterior constituye, en sí misma, una violación al derecho a la protección de la salud de las y los pacientes, toda vez que representa un obstáculo para conocer sus antecedentes médicos e historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también, como ya se indicó, el derecho que tienen las víctimas a conocer la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en las instituciones públicas de salud.

110. En la presente Recomendación ha quedado expuesta la responsabilidad del PAD del HGZ-15 y del HGR-270, por violación al derecho a la protección de la salud por inadecuada atención médica y a la vida en agravio de V, y a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2 y VI3.

111. Este Organismo Nacional advierte con preocupación que el IMSS, independientemente de las responsabilidades particulares de las personas servidoras públicas determinadas y que fueron señaladas en la presente Recomendación, también se incurrió en responsabilidad institucional, ello toda vez que el PAD del HGZ-15 no agotó las gestiones para el traslado de forma urgente a otro unidad médica debido a la emergencia neurológica que presentaba el caso de V, lo que contribuyó en el atraso en el manejo médico oportuno. Por lo que respecta al PAD del HGR-270 omitió insistir durante los 21 días en que V permaneció internada, en su traslado a la UMAE-25, o cualquier otra unidad que si dispusiera del Servicio de Terapia Intensiva para la adecuada valoración y manejo médico de la misma o en su caso la subrogación del Servicio, dado la gravedad y deterioro que presentó V, no obstante que desde un principio fue considerado como urgente, el mismo no se efectuó, omitiendo con ello el PAD del HGR-270 realizar las gestiones necesarias para que V recibiera la atención especializada que requería, lo cual contribuyó en el deterioro de su salud y

fallecimiento. De igual forma, por la falta de dirección, asesoría y supervisión a PMR durante el desarrollo de sus actividades en la atención que otorgó a V.

112. Por otro lado, en el presente caso, el PAD encargado de asegurar la disponibilidad de recursos físicos y tecnológicos en el HGR-270, pues no obstante que el ingreso de V a una unidad de cuidados intensivo era considerado urgente y que a sabiendas de que en dicho nosocomio no se cuenta con dicho servicio se omitió referirla a diverso hospital de ese Instituto, o bien proporcionarle la atención que requería mediante servicio subrogado, con lo cual se incumplió además con lo establecido en el artículo 26 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 94⁴⁰ del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

113. Lo anterior constituye una responsabilidad institucional para el IMSS, ya que PAD del HGR-270 debió realizar las acciones necesarias con el fin de asegurar la disponibilidad de los recursos materiales y humanos necesarios para su correcto funcionamiento. Además, se deben establecer los protocolos correspondientes para la realización de las gestiones y procedimientos administrativos necesarios en caso de no contar con la disponibilidad de estos servicios, con el objetivo de garantizar el adecuado proceso de referencia de las personas pacientes a hospitales de apoyo que cuenten con los servicios mencionados, con apego a la normatividad antes mencionada.

114. A mayor abundamiento, el artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, señala que el IMSS será corresponsable con

⁴⁰ Artículo 94. Cuando para la atención de un derechohabiente no se disponga en las unidades médicas de una Área Médica, de los especialistas o de los medios de diagnóstico o terapéuticos necesarios, se procederá al traslado del paciente al hospital general de subzona, zona o regional, de conformidad con el esquema de regionalización de los servicios de atención médica determinados para cada Área Médica, o a la unidad médica de alta especialidad que corresponda, previa la verificación de la vigencia de derechos por el área competente. (...)

los médicos, enfermeras, personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás personal, respecto de los diagnósticos y tratamientos de las personas pacientes, por lo que, en el presente caso, las omisiones señaladas, constituyen responsabilidad institucional.

115. Por otra parte, este Organismo Nacional encuentra un claro nexo entre la violación al derecho humano a la protección de la salud y a la vida de V y las irregularidades señaladas en el párrafo precedente, por parte del PAD tanto del HGZ-15 como del HGR-270, al no integrar debidamente el expediente clínico, conforme a lo establecido en la CPEUM y la NOM-Del Expediente Clínico, a fin de brindar atención oportuna y de calidad, a todas las personas derechohabientes, así como también por la falta de dirección, asesoría y supervisión a PMR durante el desarrollo de sus actividades en la atención que otorgó a V, que garantice la no repetición de los hechos aquí plasmados.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

116. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la CPEUM; 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.

117. 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, fracción II; 65 inciso c), 73, fracción V; 74, fracción VI; 75 fracción IV; 88, fracciones II y XXIII; 96, 97; fracción I; 106, 110, fracción IV; 111, fracción I; 112, 126, fracción VIII; 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno en agravio de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI, VI2 y VI3, este Organismo Nacional les reconoce a V, QVI, VI1, VI2 y VI3 su calidad de víctimas, por los hechos que originaron la presente recomendación; 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 así como a QVI, VI1, VI2 y VI3 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, para que QVI, VI, VI2 y VI3 tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas.

118. 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”, así como diversos criterios de la CrIDH que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de 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.

119. En ese contexto, esta CNDH determina que, al acreditarse violaciones a los Derechos Humanos de las víctimas descritas, el IMSS deberá reparar integralmente el daño ocasionado en los términos siguientes:

a) Medidas de rehabilitación

120. 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 y 21 de los Principios y Directrices (instrumento antes referido); la rehabilitación incluye “la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”.

121. En el presente caso, en coordinación con la CEAV y de conformidad con la Ley General de Víctimas, el IMSS deberá proporcionar a QVI, VI1, VI2 y VI3 la atención psicológica y/o tanatológica por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata en el horario y lugar accesible para QVI, VI1, VI2 y VI3, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por el personal profesional especializado; misma que se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcance el máximo beneficio. Así también, en caso de no requerirla, se le deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o, de ser el caso, deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Hecho lo anterior, deberá remitir las constancias correspondientes a fin de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de compensación

122. Las medidas de compensación, dispuestas por los artículos 27, fracción III, y 64 al 72, de la Ley General de Víctimas, consisten 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” ⁴¹.

123. La compensación debe otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida por las víctimas, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta incluye los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, como: el daño moral, el lucro cesante, la pérdida de oportunidades, los daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenido de los hechos violatorios de derechos humanos.

124. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar con la CEAV para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, VI1, VI2 y VI3 a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración de esa Comisión Ejecutiva, y una vez que se emita el dictamen correspondiente, conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, por el fallecimiento de V, proceda a la reparación integral del daño a QVI, VI1, VI2 y VI3 que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias respectivas, ello para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero.

⁴¹ Caso Bulacio vs Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 90.

125. 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.

126. De igual forma, 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 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

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, fracción V, de la Ley General de Víctimas; se puede realizar mediante el inicio

de las investigaciones penales y administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

128. En el presente caso, la satisfacción comprende que el IMSS colaboren ampliamente en el trámite y seguimiento del EA que se sigue ante el OIC-IMSS, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, por lo que se deberá informar a esta Comisión Nacional, de las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de información oportunamente. Lo anterior, con la finalidad de dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio.

129. Ante este respecto, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan a dicho Expediente Administrativo de Investigación, de conformidad con el artículo 71, párrafo segundo y 72, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

130. 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. Estas medidas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan y contribuir a su prevención; para lo cual, el Estado deberá adoptar todas las medidas legales y administrativas, y de otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 27 fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas.

132. En este sentido, el IMSS deberá diseñar e impartir en un plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho humano a la protección de la salud y al acceso a la información en materia de salud, así como la LGS, RLGS, RPM-IMSS.

133. Por lo que respecta al personal médico adscrito al servicio Urgencias y Neurocirugía HGZ-15, particularmente a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, relacionado con el conocimiento, manejo y observancia de los deberes previstos en la NOM del expediente clínico, NOM-Para Residencias Médicas, NOM de Servicios de Salud y GPC-Crisis Hipertensivas; para el personal médico adscrito al servicio de Neurocirugía del HGR 270, en particular a AR7, de continuar activo laboralmente, relacionado con la observancia de la NOM del expediente clínico, NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud, Guía-Hemorragia intracerebral. 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/o constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

134. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 personal médico y PAD del HRZ-15; así como AR7 personal médico y PAD del HGR-270, en caso de seguir en activo laboralmente, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, en los temas de derechos humanos sobre la protección de la salud, a la vida, al trato digno y al acceso a la información en materia de salud; así como, la debida observancia y contenido de la LGS, RLGS, RPM-IMSS, NOM-Del Expediente Clínico, NOM-Servicios de Salud, NOM-Para Residencias Médicas, GPC-Crisis Hipertensiva y de la Guía-Hemorragia intracerebral, 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, se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento del quinto punto recomendatorio, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

135. 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.

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

VII. 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 QVI, VI1, VI2 y VI3, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración de esa Comisión Ejecutiva, y una vez que se emita el dictamen correspondiente, conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, de manera específica por el fallecimiento de V, proceda a la reparación integral del daño a QVI, VI1, VI2 y VI3, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue atención psicológica y/o tanatológica a QVI, VI1, VI2 y VI3, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI, VI1, VI2 y VI3, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; misma que se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcance el máximo beneficio. Así también, en caso de no requerirla, se les deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o, de ser el caso, desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es derecho de la víctima, por lo que será su voluntad acceder a ésta; una vez lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente en el trámite y seguimiento del EA que se sigue ante el OIC-IMSS, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto en la

Ley General de Responsabilidades Administrativas, por lo que se deberá informar a esta Comisión Nacional, de las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

CUARTA. Se diseñe e imparta en un plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho humano a la protección de la salud y al acceso a la información en materia de salud, así como la LGS, RLGS, RPM-IMSS, de conformidad con lo precisado en el apartado “**d) Medidas de no repetición**”. 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/o constancias. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 personal médico y PAD del HRZ-15; así como AR7 personal médico y PAD del HGR-270, en caso de seguir en activos laboralmente, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, en los temas de derechos humanos sobre la protección a la salud, a la vida, al trato digno y al acceso a la información en materia de salud; así como a la debida observancia y contenido de la LGS, RLGS, RPM-IMSS, NOM-DeI Expediente Clínico, NOM-Servicios de Salud, NOM-Para Residencias Médicas, GPC-Crisis Hipertensiva y de la Guía-Hemorragia intracerebral, 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, se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento del quinto punto recomendatorio, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

SEXTA. Se designe a la 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.

137. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la CPEUM, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas 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, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación.

139. Con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo 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, deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102 Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15 fracción X y 46 de la Ley de la Comisión Nacional 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