

RECOMENDACIÓN NO. 107/2025

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, VI3, VI4, VI5 Y VI6, ATRIBUIBLES A PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DE LA CLÍNICA HOSPITAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN MATEHUALA, SAN LUIS POTOSÍ.

Ciudad de México, a 18 de julio de 2025.

**DR. MARTÍ BATRES GUADARRAMA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO**

Apreciable Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2024/14975/Q**, relacionado con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero, y 147, de su Reglamento Interno; 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 utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Denominación	Claves
Persona Víctima	V
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Quejosa y Víctima Indirecta	QVI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Médico Privado	PMP
Persona Servidora Pública	PSP

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

las que podrán identificarse como sigue:

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV, Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Constitución Federal
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Clínica Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en Matehuala, San Luis Potosí	CHM
Dictamen en Materia de Medicina, de 30 de abril de 2025, elaborado por personal de la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de la CNDH	Dictamen en Materia de Medicina, Dictamen en Medicina
Fiscalía General del Estado de San Luis Potosí	FGJE SLP
Fiscalía General de la República	FGR
Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en San Luis Potosí, San Luis Potosí	HG SLP
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE
Ley General de Salud	LGS
Ley General de Víctimas	LGV
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la	NOM-de Unidades de

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos	Cuidados Intensivos
Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica	NOM-de los Servicios de Urgencias
Organización Mundial de la Salud	OMS
Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	OIC-ISSSTE
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS

5. El 14 de octubre de 2024, QVI presentó una queja ante esta Comisión Nacional. En su relato, refirió que el 4 de octubre de 2024, V ingresó al servicio de Urgencias de la CHM debido a una posible falla renal, evidenciada por los resultados de los análisis que le fueron realizados horas antes en un laboratorio privado, además de contar con un diagnóstico previo de una enfermedad autoinmune rara que inflama los vasos sanguíneos y puede comprometer órganos como los riñones y pulmones, poliangeitis granulomatosa. No obstante, dicha condición, de acuerdo con lo señalado, no fue valorada en su grado de importancia por el personal médico que le brindó atención del cuadro clínico, limitándose a señalar que presentaba deshidratación, sin prescribir tratamiento adicional alguno.

6. El 5 de octubre de 2024, de conformidad a lo narrado, ante la falta de atención médica adecuada y el deterioro progresivo en el estado de salud de V, QVI solicitó el alta

voluntaria para trasladarlo a un hospital privado para su atención. Ese mismo día, fue ingresado al servicio de Terapia Intensiva; sin embargo, debido al agravamiento de su estado clínico, lamentablemente falleció el 6 de octubre de 2024, que, de acuerdo con QVI, se debió a la insuficiencia renal aguda y poliangitis granulomatosa.

7. Con motivo de lo anterior, esta Comisión Nacional radicó el expediente de queja **CNDH/1/2024/14975/Q** y, a fin de analizar probables violaciones a derechos humanos, se obtuvo copia del expediente clínico de V, con informes de la atención médica que se le brindó en la CHM, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

8. Cabe hacer mención que, el 28 de octubre de 2024, QVI presentó una queja por los mismos hechos ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí, la cual, al versar respecto de una autoridad federal, fue remitida a esta Comisión Nacional en razón de competencia; por lo que fue aportada al expediente que da origen a la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Queja presentada el 14 de octubre de 2024 por QVI ante este Organismo Nacional, en la que expresó su inconformidad en la atención médica proporcionada a V en la CHM.

10. Correo electrónico de 21 de octubre de 2024, mediante el cual QVI envió a este Organismo Nacional las documentales con que contaba, entre las que destacan:

10.1. Certificado de defunción de 6 de octubre de 2024, del que se desprende que V falleció en esa fecha a las 15:20 horas.

10.2. Resumen clínico de 11 de octubre de 2024, elaborado por la Subdirección Médica de la CHM, respecto de la atención brindada a V.

10.3. Constancia Médica de 16 de octubre de 2024, de la atención brindada a V en el Hospital Privado, suscrita por PMP.

11. Oficio No. DEISE/SAD/JSCDQR/DAQMA/0204-6/25, de 27 de enero de 2025, a través del cual personal del ISSSTE envió el informe de la Directora de la CHM, al que anexó el expediente clínico integrado por la atención que se le brindó a V, del cual se destaca lo siguiente:

11.1. Resultados de estudios de laboratorio realizados a V en Laboratorio Privado, el 4 de octubre de 2024, a las 11:34 horas.

11.2. Hoja de urgencias de 4 de octubre de 2024, a las 15:30 horas, elaborada por AR1, personal médico adscrito al servicio de Urgencias de la CHM.

11.3. Hoja de enfermería de 4 de octubre de 2024.

11.4. Resultado de estudio de orina realizados a V en la CHM, el 4 de octubre de 2024, a las 16:51 horas.

11.5. Nota de indicaciones, sin fecha, a las 19:30 horas, elaborada por AR1.

- 11.6.** Nota de indicaciones, de 4 de octubre de 2024, a las 23:55 horas, elaborada por AR2, personal médico adscrito al servicio de Urgencias de la CHM.
- 11.7.** Nota de indicaciones, de 5 de octubre de 2024, elaborada por AR3, personal médico del servicio de Jornada Acumulada de la CHM.
- 11.8.** Hoja de referencia y contrarreferencia, de 5 de octubre de 2024, elaborada por AR3, personal médico adscrito al servicio de Jornada Acumulada de la CHM.
- 11.9.** Nota de indicaciones, de 5 de octubre de 2024, elaborada por PSP, coordinador médico del servicio de Jornada Acumulada de la CHM.
- 11.10.** Hoja de egreso hospitalario de V, de 5 de octubre de 2024, suscrita por AR3.
- 12.** Dictamen en Materia de Medicina, de 30 de abril de 2025, elaborado por personal de la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas de este Organismo Nacional respecto de la atención médica brindada a V en la CHM.
- 13.** Acta circunstanciada de 15 de mayo de 2025, en la que QVI manifestó que sí inició queja ante la CONAMED, el OIC-ISSSTE, así como denuncia ante la FGR; y en la que señaló que VI4, VI5 y VI6 eran dependientes económicos de V.
- 14.** Correo electrónico de 15 de mayo de 2025, mediante el cual QVI brindó los datos de VI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6; además que proporcionó información respecto del Expediente Administrativo 1.
- 15.** Correo electrónico de 15 de mayo de 2025, mediante el cual QVI proporcionó información respecto de la Carpeta de Investigación.

16. Correo electrónico de 15 de mayo de 2025, mediante el cual QVI proporcionó información respecto del Expediente Administrativo 2.
17. Acta Circunstanciada de 15 de mayo de 2025, mediante la cual QVI aclaró que la denuncia que presentó, y de la cual remitió información a este Organismo Nacional, fue ante la FGJE SLP y no la FGR.
18. Correo electrónico de 19 de mayo de 2025, mediante el cual personal del ISSSTE remitió el oficio CHM/DM/032/2025 con la actualización del estatus laboral de AR1 y AR3.
19. Correo electrónico de 23 de mayo de 2025, mediante el cual la titular de la Oficina Regional número 6 en el OIC-ISSSTE remitió el oficio SABG/OIC/ADI NVL-019-110/958/2025 donde informó el estatus del Expediente Administrativo 1.
20. Correo electrónico de 11 de junio de 2025, mediante el cual personal del ISSSTE actualizó del estatus laboral de AR2.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

21. Al respecto, se precisa el estatus jurídico de los expedientes iniciados por las autoridades competentes, respecto de las cuales esta Comisión Nacional obtuvo información por estar relacionados con los hechos que dieron origen a la presente Recomendación, mismos que, para su mejor comprensión, se sintetizan en la tabla a continuación:

Procedimiento	Situación Jurídica
Expediente Administrativo 1	Queja presentada el 16 de octubre de 2024, a través del Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECE), misma que fue radicada en la oficina regional del OIC-ISSSTE correspondiente, respecto de las irregularidades en la atención médica a V en la CHM. En trámite.
Expediente Administrativo 2	Queja presentada el 22 de octubre de 2024 ante la CONAMED, respecto de las irregularidades en la atención médica a V en la CHM. Admitida y en integración.
Carpeta de Investigación	Denuncia presentada el 22 de octubre de 2024 ante la FGJE SLP, en contra de quien resulte responsable, por el delito de Fidelidad Profesional, respecto de las irregularidades en la atención médica a V en la CHM. En integración.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

22. Del análisis realizado a los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2024/14975/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violación al derecho humano 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, VI3, VI4, VI5 y VI6, atribuibles al personal médico de la CHM, con base en las siguientes consideraciones:

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

23. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendiéndose como la posibilidad de disfrutar una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel¹ reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto² de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección³.

24. Asimismo, la SCJN ha establecido que “(...) El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y

¹ CNDH, Recomendaciones: 156/2023, párrafo 22; 154/2023, párrafo 33, 152/2023, párrafo 24; 148/2023, párrafo 29. Este Organismo Nacional, el 23 de abril del 2009 emitió la Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, en la cual afirmó que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja y demanda la observancia de elementos que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

² Artículo 4º: [...] *Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social...*”

³ La SCJN estableció en la jurisprudencia 1a./J. 50/2009, registro 167530, de título “**DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD**” que: “(...) El derecho a la salud comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad, (...), que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas”.

científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)”⁴.

25. A nivel internacional, el derecho de protección a la salud se contempla entre otros ordenamientos, en el párrafo primero del artículo 25, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; en el artículo XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; párrafo 1º, de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000; en los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “*Protocolo de San Salvador*”; así como en la sentencia de la CrIDH del Caso Vera y otra vs Ecuador.

26. Esta Comisión Nacional determinó en su Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud” que “... el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad y calidad.

⁴ Tesis 1ª./J.50/2009, “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD”. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena época, tomo XXIX, abril de 2009, pág. 164, registro digital 167530.

27. Por su parte, la Constitución de la OMS⁵ afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”; para lo cual, los Estados deben garantizar que el servicio público de prestación de salud cumpla cuando menos, con las siguientes características:

27.1. Disponibilidad: establecer el número suficiente de hospitales, centros de salud y programas destinados a la protección integral de la salud de los habitantes en todas sus épocas de vida.

27.2. Accesibilidad: garantizar que la atención médica y medicamentos que se brinde en los centros y establecimientos de salud sea otorgada sin discriminación y se encuentren al alcance geográfico y económico de toda la población, en especial de los grupos considerados en situación de vulnerabilidad.

27.3. Aceptabilidad: lograr que el personal encargado de brindar los servicios de salud sea respetuoso de la ética médica, de la confidencialidad y de las características inherentes a la personalidad de las personas beneficiarias.

27.4. Calidad: que los establecimientos de salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico.

28. Para garantizar la adecuada atención médica, se debe considerar también uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia,

⁵ Fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York, el 22 de junio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de los 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.

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

30. Del análisis realizado se advirtió que AR1, AR2 y AR3, en su carácter de personas servidoras públicas adscritas a la CHM, y de garantes, según lo establecido en los artículos 32⁶ y 33, fracción II⁷, de la LGS, vigentes al momento de los hechos, omitieron la adecuada atención médica que V requería para su padecimiento, así como un tratamiento idóneo y oportuno, lo cual incidió en la vulneración a sus derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno, lo cual será materia de análisis posterior a sus antecedentes clínicos.

⁶ Artículo 32. *Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Para efectos del párrafo anterior los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud.*

⁷ Artículo 33. *Las actividades de atención médica son: [...] II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; [...].*

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V

31. El 4 de octubre de 2024, V fue llevado por sus familiares a Urgencias de la CHM, donde fue valorado a las 15:30 horas por AR1, personal médico adscrito al servicio de Urgencias, quien lo describió con deshidratación, pérdida de apetito, alucinaciones y que no había presentado micción⁸, sin que precisara cuánto tiempo llevaba sin orinar; además que contaba con los diagnósticos de poliangitis granulomatosa y polineuropatía⁹, afecciones autoinmunes, de las cuales AR1 no hizo mención de su tratamiento.

32. A la exploración física de V se reportaron signos vitales con hipertensión arterial¹⁰ de 141/98 mmHg; taquipnea¹¹ de 24 respiraciones por minuto (rpm); taquicardia¹² de 117 latidos por minuto (lpm); y saturación de oxígeno normal de 94%. A nivel neurológico se encontraba consciente, obedecía ordenes sencillas, presentaba palidez de piel y tegumentos, "poca turgencia"¹³, somnolencia, mucosa oral y labios secos; sin alteraciones cardiopulmonares ni abdominales, extremidades íntegras, y con disminución de masa muscular y volumen.

33. Dentro de su atención, AR1 mencionó que se contaba con laboratorios de control por medio externo, los cuales fueron solicitados por su médico especialista para

⁸ Acción de orinar.

⁹ Es una disfunción simultánea de muchos nervios periféricos en todo el cuerpo.

¹⁰ Describe el aumento de la presión con la que el corazón bombea sangre a las arterias, para que circule por todo el cuerpo. Los valores normales para presión arterial son de 120 a 90 mmHg y 80 a 60 mmHg.

¹¹ Describe la frecuencia respiratoria anormalmente alta o que la respiración está demasiado acelerada. Los valores normales de frecuencia cardíaca son de 16 a 20 respiraciones por minuto.

¹² Es la alteración del ritmo cardíaco que refiere a una frecuencia cardíaca que es demasiado rápida. La frecuencia cardíaca normal es de 60 a 100 latidos por minuto.

¹³ La turgencia se refiere a la condición de tensión, rigidez y firmeza de una zona, órgano o estructura, determinada por la cantidad de líquido intracelular y extracelular. La turgencia cutánea es un signo clínico que permite evaluar el grado de hidratación o deshidratación de la piel.

vigilancia, no aclarando la fecha de su toma, y reportando anemia leve por hemoglobina de 12 g/dl (valores normales de 14 a 18 g/dl); trombocitopenia por plaquetas bajas de 134×10^3 u/L (valores normales de 150 a 400×10^3 u/L); afección renal por creatinina elevada de 1.85 g/dl (valores normales de 0.70 a 1.40mg/dl); al igual que urea de 147 mg/dl (valores normales de 15 a 45 mg/dl) y BUN¹⁴ de 58.69 mg/dl (valores normales de 07 a 21 mg/dl).

34. De ello, AR1 integró los diagnósticos de poliangitis granulomatosa, deshidratación e intolerancia a la vía oral, es decir, que no pudo ingerir alimentos o líquidos de forma segura por náusea o vómito; para lo cual indicó solución Hartman¹⁵ 1000 mililitros más multivitamínicos (solución intravenosa usada comúnmente para hidratar, complementada con vitaminas; ante la intolerancia de la vía oral), furosemida en dosis única (diurético para eliminar el exceso de líquido), omeprazol (medicamento protector de la mucosa gástrica), así como colocación de sonda Foley¹⁶, y solicitó examen general de orina y revaloración con laboratorios.

35. Respecto a lo anterior, es importante mencionar que los estudios a los que hizo referencia AR1 fueron realizados en Laboratorio Privado, con fecha de toma ese mismo 4 de octubre de 2024, a las 11:24 horas, y que, de acuerdo con el relato de QVI, le fueron proporcionados a AR1 haciéndole mención de que los resultados mostraban una posible falla renal; quien, luego de verlos, únicamente le respondió que con hidratación V podría mejorar.

¹⁴ El BUN o Blood Urea Nitrogen mide el nitrógeno presente en la urea.

¹⁵ La solución de Hartmann es un líquido estéril e isotónico, con pH de 6 a 7.5, que contiene diversas sales que proporcionan varios de los electrolitos esenciales para el organismo.

¹⁶ Es un catéter urinario utilizado para drenar la orina de la vejiga.

36. Con relación a la atención médica brindada hasta este momento por AR1, en el Dictamen en Medicina se señaló que, aunque V presentó manifestaciones clínicas compatibles con deshidratación, como lo son la palidez de piel y tegumentos, y la poca turgencia, a fin de evaluar la función renal, no mencionó los niveles elevados de creatinina, de urea, y BUN, pues la elevación conjunta de estos marcadores¹⁷ sugiere una falla renal aguda¹⁸.

37. De acuerdo con lo expresado por personal especializado de esta CNDH, la falla renal pudo haberse diagnosticado, como establece la literatura médica especializada¹⁹, al realizar una apropiada historia clínica para identificar medicamentos o enfermedades que pudieran condicionar dicha afección, como en el caso de V, quien presentaba poliangeitis con granulomatosis, así como la concentración de creatinina, la ausencia de orina y la presencia de nitrógeno ureico; lo cual AR1 no realizó.

38. Si bien es cierto que una de las causas de la enfermedad renal aguda es la pérdida de volumen, secundaria a deshidratación, para lo que AR1 administró fluidoterapia a base de solución Hartmann, el personal especialista de este Organismo Nacional consideró que era necesario confirmar que el daño renal fuera por deshidratación; aunado a que, antes de iniciar fluidoterapia, también era necesario verificar la función renal, dada la patología de base V, la cual ameritaba vigilancia continua, misma que no se dio, con el

¹⁷ Cuando los riñones no filtran adecuadamente productos de desecho como la urea y la creatinina, estos se acumulan en la sangre, lo que lleva a su elevación. El BUN, que mide el nitrógeno presente en la urea, también se eleva en caso de disfunción renal, ya que los riñones no logran eliminar estos desechos de manera eficiente.

¹⁸ Patología que se define como la pérdida repentina de la función renal durante horas o días.

¹⁹ Mercado, M. G., & Kitchlu, D. (2021). Lesión renal aguda: Diagnóstico y tratamiento.

fin de descartar que no contara con alguna otra afección como glomerulonefritis²⁰, dado el antecedente que tenía de poliangitis granulomatosa.

39. Aunado a ello, en el Dictamen en materia de Medicina se estableció que, toda vez que AR1 no dio manejo ni explicó el motivo de la elevación de la presión arterial que V presentó (en 141/98 mmHg), y considerando que la hipertensión arterial se asocia a la falla renal aguda, la ausencia de manejo y de una explicación, contribuyó a la falta de una atención médica integral a V.

40. Lo anterior se refuerza con lo plasmado en la hoja de enfermería del 4 de octubre de 2024, ya que, de acuerdo con esos registros, la presión arterial de V se mantuvo elevada, presentando 141/98, 148/97, 145/99 y 138/90 mmHg en las diversas mediciones que le realizaron; sin que se le brindara tratamiento para revertir dicha situación.

41. Por cuanto hace al uso de furosemida, el Dictamen en Medicina refirió que su indicación y ministración no fue adecuada, ya que, en el contexto de insuficiencia renal aguda que V presentó, de acuerdo con la bibliografía médica²¹, el manejo debe incluir asegurar primero un volumen circulante, es decir, una cantidad de sangre y líquidos necesarios para mantener los órganos funcionando apropiadamente, así como una presión arterial adecuada, y sólo después de esto, puede considerarse el uso de diuréticos de asa para optimizar la función renal; estrategia que no fue contemplada por AR1 y que era relevante, toda vez que este medicamento aumenta la eliminación de agua

²⁰ Enfermedad renal que afecta los filtros de los riñones llamados glomérulos, responsables de filtrar los desechos y el exceso de líquidos de la sangre para formar orina.

²¹ Bernis, C. (2010). Diuréticos y fracaso renal agudo.

así como de electrolitos y, al ser administrado, conlleva a una inadecuada perfusión renal²² y agravamiento de la lesión en dichos órganos.

42. En ese sentido, de acuerdo con la nota médica inicial de Urgencias realizada por AR1, como se mencionó anteriormente, únicamente solicitó examen general de orina como parte del seguimiento de V; estudio que fue realizado el 4 de octubre de 2024 a las 16:51 horas, donde se evidenció la presencia de proteinuria de 25 mg/dl (resultado normal que estén ausentes), hemoglobina de 150 er/UI (resultado normal que sea negativo), y eritrocitos de 20 a 24 por campo (valores normales de 1 a 5 por campo).

43. Los hallazgos antes mencionados, en particular la presencia de eritrocitos, que evidencian orina en la sangre (hematuria), de acuerdo con la literatura médica especializada²³, son compatibles con una enfermedad glomerular; sin embargo, no se cuenta con evidencia de que se hubiera brindado la atención respectiva.

44. En ese orden de ideas, a las 19:30 horas, AR1 realizó nota, en la que no señaló la fecha de elaboración, donde plasmó indicaciones en las que no describió ningún cambio al manejo previo de V, por lo que mantuvo el uso de medicamento diurético (furosemida) y solicitó interconsulta a Medicina Interna, sin haber especificado el motivo de esto último.

²² Se refiere al proceso del flujo sanguíneo a través de los riñones, crucial para el mantenimiento de la función renal. Está influenciada por factores como la presión arterial y el aporte adecuado de oxígeno a los tejidos renales.

²³ Soriano Cabrera, S. M. A. (2003). Enfermedad glomerular: Concepto, clasificación y síndromes glomerulares.

Cabe resaltar que esta nota contraviene lo dispuesto en los numerales 5.9²⁴, 5.10²⁵ y 7.2²⁶ de la NOM-del Expediente Clínico.

45. Por ello, en el Dictamen en Medicina de esta CNDH se estableció que el hecho de que AR1 no hubiera realizado ajustes, pese a la existencia clara de daño renal, reflejó una falta de respuesta terapéutica ante el estado clínico de V, portador de poliangitis granulomatosa, con alteraciones urinarias y elevación de parámetros de función renal; ya que no hizo solicitud de laboratorios para valorar dicha función (mediante creatinina, urea y BUN), tampoco electrolitos séricos (para detectar complicaciones derivadas de la inadecuada filtración de ellos por medio renal), ni dio un seguimiento neurológico y hemodinámico, toda vez que V se encontraba somnoliento; lo que condicionó que no se detectara ni confirmara la causa subyacente de la enfermedad renal aguda, por lo que no se proporcionó un tratamiento adecuado de soporte, como se indica en la literatura médica especializada²⁷.

46. En seguimiento, ese mismo 4 de octubre, AR2, personal médico adscrito al servicio de Urgencias, a las 23:55 horas, realizó una nota de indicaciones en la que solo reiteró las realizadas por AR1, y en la que no describió ningún cambio al manejo previo de V, por lo que continuó con la aplicación del mismo medicamento diurético y sólo agregó

²⁴ 5.9 Las notas médicas y reportes a que se refiere esta norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente.

²⁵ 5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.

²⁶ 7.2 Nota de evolución. Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma.

²⁷ Mercado, M. G., & Kitchlu, D. (2021). Lesión renal aguda: Diagnóstico y tratamiento.

posición semi Fowler²⁸, así como vigilancia del estado neurológico, hemodinámico y respiratorio.

47. Por consiguiente, el que AR2 mantuviera el mismo enfoque previo, es decir, el hecho de que no realizó ajustes al tratamiento, ni generó una nueva solicitud de laboratorios, también evidenció una falta de apego y seguimiento en la atención médica brindada a V. Además, no pasa desapercibido que la nota que elaboró contraviene lo dispuesto en los numerales 5.10 y 7.2 de la NOM-del Expediente Clínico.

48. En ese sentido, de acuerdo con el Dictamen en Medicina, AR1 y AR2, personal médico encargado de la atención de V el 4 de octubre de 2024, no realizaron nota de revaloración ni solicitaron interconsulta a los servicios de Nefrología y Reumatología para que confirmaran o descartaran la enfermedad y brindaran un tratamiento multidisciplinario. De igual manera, para que el servicio de Reumatología evaluara la poliangitis granulomatosa y polineuropatía desmielinizante crónica inflamatoria y diera un manejo especializado, situaciones que contribuyeron al deterioro clínico y hemodinámico de V, y con lo cual, se inobservó el apartado 6.2.4²⁹ de NOM-de los Servicios de Urgencias.

²⁸ En la posición Semi-Fowler, el respaldo de la cama se eleva entre 15 y 30 grados. Esta posición es ideal para pacientes que experimentan náuseas, ya que ayuda a reducir la sensación de malestar. Además, facilita la deglución y la administración de nutrientes a través de sondas.

²⁹ 6.2.4. Solicitar, registrar y hacer el seguimiento en el expediente clínico del paciente, de las notas de interconsultas requeridas, particularmente de los que ameriten manejo quirúrgico o multidisciplinario.

49. Adicionalmente, al no solicitar laboratorios iniciales para identificar y dar seguimiento a la “deshidratación” ni para determinar la causa de la enfermedad renal aguda y darle seguimiento, de acuerdo con el personal especialista de esta Comisión Nacional, esto representa una inobservancia al apartado 6.2.5³⁰ de la NOM-de los Servicios de Urgencias por parte del personal médico de ese servicio.

50. Como consecuencia de lo anteriormente expuesto, el 5 de octubre de 2024, en nota en la que no se especificó hora de elaboración, personal médico que no señaló su nombre ni su servicio de adscripción, pero que de acuerdo con la cédula profesional plasmada corresponde a AR3, personal médico del servicio de Jornada Acumulada, comentó que a las 07:00 horas V presentó un Glasgow³¹ de 12, sin respuesta a estímulos verbales, dolorosos y con anisocoria³². A la exploración torácica describió estertores³³, roncales³⁴, difusos³⁵; emitiendo diagnóstico de probable evento vascular hemorrágico³⁶.

³⁰ 6.2.5 Seguimiento y vigilancia de los pacientes que fueron ingresados en el servicio, que permita garantizar la continuidad de su manejo, sobre todo con motivo de los cambios de turno.

³¹ La Escala de Coma de Glasgow (ECG) es un sistema para evaluar o medir el grado de consciencia. Esto se logra mediante puntuaciones numéricas que evalúan la respuesta ocular, verbal y motora. La puntuación más alta posible es 15 y la más baja 3. Una puntuación de 15 significa que la persona está completamente despierta, responde y no tiene problemas de razonamiento ni de memoria. Generalmente, una puntuación de 8 o menos significa que la persona está en coma. Cuanto más baja sea la puntuación, más profundo es el coma.

³² Se refiere a que las pupilas tienen tamaños diferentes, es decir, una más grande que la otra.

³³ Son pequeños ruidos chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos en los pulmones. Se escuchan cuando una persona inhala.

³⁴ Son ruidos que parecen ronquidos. Ocurren cuando el aire queda obstruido o el flujo de aire se vuelve áspero a través de las grandes vías respiratorias.

³⁵ Son ruidos anormales en los pulmones, por la presencia de moco espeso o secreciones.

³⁶ Ocurre cuando un vaso sanguíneo en el cerebro se rompe y la sangre se derrama dentro del tejido cerebral.

51. La nota de evolución suscrita por AR3, toda vez que presentó falta de información, como se detalló en el párrafo que antecede, de acuerdo con el Dictamen en Medicina, refleja inobservancia a los apartados 5.9, 5.10 y 6.2.2³⁷ de la NOM-del Expediente Clínico.

52. En seguimiento, en esa misma fecha, AR3 realizó la hoja de referencia a hospital de tercer nivel, siendo ésta al servicio de Neurología del HG SLP. En dicho documento, en el que omitió incluir la hora de elaboración, señaló que V tuvo pupilas anisocorias, sin respuesta a estímulos oculares, tampoco verbales ni dolorosos, con una saturación de oxígeno en límite normal de 91%.

53. Lo anterior, en consideración del personal especialista de esta CNDH, acreditó una atención inadecuada a V, ya que AR3 no precisó el motivo por el cual llegó al diagnóstico de evento vascular hemorrágico, y tampoco el manejo que se le brindó a V derivado de ello; además que no existió algún indicio de que haya solicitado estudios de laboratorio y gabinete.

54. Además, de acuerdo con lo señalado por AR3 tanto en la nota como en la referencia, V contaba con un Glasgow de 12 puntos, lo cual es indicativo de un deterioro neurológico leve; sin embargo, los datos clínicos expuestos no fueron coincidentes con ese puntaje, toda vez que no hubo apertura ocular ni respuesta verbal, lo que implicaba un puntaje mínimo para ambas variables, es decir, 1 punto en cada caso; y al no responder a los estímulos dolorosos, ya que no fue especificado si tenía flexión o extensión anormal o si no había ninguna respuesta, habría obtenido entre 1 y 3 puntos. Es decir, tenía un puntaje máximo de 5 puntos y mínimo de 3, pero no de 12 puntos.

³⁷ 6.2.2 Signos vitales, según se considere necesario.

55. Para ejemplificar de mejor forma lo antes descrito, en el cuadro a continuación se presenta la Escala de Coma de Glasgow junto con las valoraciones que AR3 refirió respecto de V:

Variable	Descripción	Puntaje	Valoración de V
Apertura ocular	Espontánea	4 puntos	Sin respuesta a estímulares oculares (1 punto)
	A la orden verbal	3 puntos	
	Ante un estímulo doloroso	2 puntos	
	No responde	1 punto	
Respuesta verbal	Orientado correctamente	5 puntos	No respuesta a estímulos verbales (1 punto)
	Desorientado	4 puntos	
	Lenguaje inapropiado	3 puntos	
	Lenguaje incomprensible	2 puntos	
	Ninguna respuesta	1 punto	
Respuesta motriz	Obedece órdenes correctamente	6 puntos	No respuesta a estímulos dolorosos, sin especificar tensión o extensión (entre 1 y 3 puntos)
	Localiza estímulos dolorosos	5 puntos	
	Responde al estímulo doloroso pero no localiza	4 puntos	
	Respuesta con flexión anormal de los miembros	3 puntos	
	Respuesta con extensión anormal de los miembros	2 puntos	
	No hay respuesta motora	1 punto	

56. Por consiguiente, una puntuación de 3 a 5 puntos se asocia a un estado neurológico grave y deteriorado, lo cual, de acuerdo con el Dictamen en Medicina,

ameritaba intubación orotraqueal³⁸ para V, ya que, según la bibliografía médica aplicable al caso³⁹, dentro de las indicaciones para intubación se encuentra un Glasgow menor o igual a 8 y falla respiratoria inminente, además de manejo mediante sedación y control del dolor; lo cual no ocurrió.

57. A su vez, como se enfatizó previamente, era necesario contar con laboratorios para identificar el estado hemodinámico de V y evaluar la función de los riñones. Asimismo, era fundamental descartar que el deterioro neurológico no se debiera a una agudización del daño renal, el cual desde un principio no fue valorado.

58. De igual forma, V presentó inestabilidad neurológica y respiratoria, evidenciada por una disminución en la escala de Glasgow; sin embargo, no se le realizó una valoración integral para identificar daños en otros órganos.

59. Lo anterior ameritaba el ingreso de V a la Unidad de Cuidados Intensivos, pues, dada su condición, cumplía con los criterios de ingreso que se establecen en el apartado 5.5.1.1.2⁴⁰ de la NOM-de las Unidades de Cuidados Intensivos; pero esto no fue solicitado en ningún momento por AR3, lo que, de acuerdo con el personal especialista de esta CNDH, contribuyó a la agudización del deterioro neurológico y respiratorio de V, así como a un peor pronóstico clínico.

60. Posteriormente, PSP, Coordinador Médico de Jornada Acumulada, realizó nota de evolución, el 5 de octubre de 2024, en la que no precisó la hora, donde expuso que V fue

³⁸ Es un procedimiento médico en el cual se coloca una sonda en la tráquea a través de la boca o la nariz.

³⁹ Villalobos Zúñiga, G., & Jiménez, M. J. (2022). Secuencia rápida de intubación: Revisión de literatura/ Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". (2015). Guía para el manejo de la sedoanalgesia.

⁴⁰ 5.5.1.1.2 Pacientes que presenten alto riesgo: estabilidad en peligro de sistemas fisiológicos mayores con requerimiento de monitoreo.

aceptado por la coordinadora médica del HG SLP, pero los familiares solicitaron su traslado a un hospital particular y la alta voluntaria de V, misma que fue autorizada y firmada por QVI en esa misma fecha.

61. No pasa desapercibido por esta Comisión Nacional que la nota elaborada por PSP, al igual que las notas a las que se ha hecho mención previamente, presenta inobservancias a lo establecido en la NOM-del Expediente Clínico, en sus numerales 5.9, 5.10 y 7.2, lo que será analizado en el capítulo correspondiente.

62. En el Dictamen en Medicina se resalta que, aunque V egresó de la CHM bajo una alta voluntaria, ello no exime que, para ese momento ya se había consumado un daño significativo a su estado de salud, el cual fue resultado de las omisiones en la vigilancia clínica, la falta de un abordaje diagnóstico adecuado y el manejo insuficiente de sus condiciones médicas.

63. Esta alta voluntaria, de acuerdo con el personal especialista de la CNDH, reflejó únicamente una decisión administrativa, pero no eliminó ni atenuó la responsabilidad sobre los efectos adversos derivados de la atención médica deficiente que V recibió durante su estancia hospitalaria en la CHM; lo cual representa una inobservancia del personal médico del servicio de Urgencias a lo establecido en el artículo 32 de la LGS.

64. En ese sentido, según consta en la hoja de egreso hospitalario elaborada por AR3, el egreso de V de la CHM ocurrió el 5 de octubre de 2024 a las 16:32 horas, luego de que los familiares no aceptaron su traslado al HG SLP por lo que solicitaron la alta voluntaria para ser atendido en medio privado.

65. De lo anterior, esta Comisión Nacional advirtió que el horario de egreso de V reportado por AR3 no fue correspondiente con lo relatado por QVI y lo descrito por el personal del Hospital Privado al que fue trasladado, con una notable y alarmante diferencia de tiempo.

66. En su relato, QVI indicó que la ambulancia particular que trasladó a V al Hospital Privado salió de la CHM alrededor de las 11:30 horas y llegó a San Luis Potosí aproximadamente a las 13:40 horas. Esto guarda sentido con la constancia médica emitida por PMP, Jefe de Áreas Críticas del Hospital Privado, quien señaló que V arribó a dicho nosocomio aproximadamente a las 13:30 horas. Por lo que, mientras la diferencia de tiempo entre lo mencionado por QVI y lo indicado por PMP es de 10 minutos, respecto de lo reportado por el personal del ISSSTE, al referir que egresó a las 16:32 horas, representa una diferencia de 5 horas.

67. Cabe resaltar que la nota de egreso suscrita por AR3, también muestra información imprecisa respecto de la hora de ingreso de V a la CHM, pues establece un horario distinto al que había sido reportado previamente por AR1 en la hoja de urgencias; lo cual se desarrollará más adelante en el apartado correspondiente.

68. Ahora bien, de acuerdo con la constancia que se mencionó previamente, suscrita por PMP, V ingresó el 5 de octubre de 2024 a Urgencias del Hospital Privado, en estado de coma⁴¹, taquicárdico, taquipneico e hipotenso arterial, sin especificar los parámetros de los signos vitales; por lo que recibió tratamiento con medicamentos para trastornos del ritmo cardíaco, intubación orotraqueal (que, como ya se planteó previamente, V requería y no fue realizada por el personal de la CHM) y ventilación mecánica, sin que se especificara el momento de su realización.

⁴¹ Condición médica caracterizada por una pérdida profunda y prolongada de la conciencia.

69. Subsecuente a ello, V presentó ausencia total de actividad eléctrica en el corazón, por lo que se le brindaron tres ciclos de reanimación cardiopulmonar⁴², con recuperación de la circulación, iniciando manejo con norepinefrina y vasopresina. En seguimiento, PMP aclaró que V ingresó al Hospital Privado con los diagnósticos de síndrome post parada cardíaca⁴³, insuficiencia respiratoria aguda⁴⁴, taquicardia supraventricular⁴⁵, poliangitis granulomatosa, y polineuropatía desmielinizante crónica inflamatoria.

70. Debido al estado de gravedad de V, fue ingresado a Terapia Intensiva, pero continuó con inestabilidad hemodinámica, sin respuesta neurológica; presentó mayor deterioro de la función renal con oliguria⁴⁶, con niveles de potasio elevados y acidemia metabólica⁴⁷, por lo que se inició manejo con medicamentos utilizados para aumentar la excreción de agua y sal en el cuerpo (diurético de asa) y medicamento usado ante niveles elevados de potasio e hipotensión severa (gluconato de calcio), pero no hubo una respuesta favorable, evolucionando a asistolia⁴⁸ irreversible, corroborada mediante electrocardiograma; por lo que se reportó el fallecimiento de V a las 15:20 horas del 6 de octubre de 2024.

⁴² Procedimientos en los que se trata de restablecer la circulación sanguínea.

⁴³ Conjunto de alteraciones que ocurren posterior a la recuperación de la circulación como daño cerebral, disfunción miocárdica.

⁴⁴ Condición clínica en la que el aparato respiratorio no logra mantener un intercambio adecuado de gases, lo que lleva a niveles anormales de oxígeno.

⁴⁵ Es una arritmia caracterizada por un ritmo cardíaco anormalmente rápido.

⁴⁶ Es una patología caracterizada por la reducción del volumen urinario diario a unos niveles inferiores a los necesarios.

⁴⁷ Condición en la que el pH de la sangre disminuye por debajo del rango normal debido a un exceso de ácidos en el cuerpo o una deficiencia de bicarbonato.

⁴⁸ La asistolia es una emergencia médica que se caracteriza por la ausencia de actividad eléctrica en el corazón, lo que provoca una ausencia total de latidos.

71. De acuerdo con el certificado de defunción de V, se reportaron como causas de la muerte insuficiencia renal aguda y poliangeitis granulomatosa, mismas que no fueron tomadas en cuenta por el personal médico de la CHM, como se describió ampliamente en el presente apartado.

B. DERECHO HUMANO A LA VIDA

72. La vida como derecho fundamental se encuentra debidamente tutelado en el párrafo segundo del artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en las normas internacionales⁴⁹, por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

73. Al respecto, la CrIDH ha establecido que el derecho a la vida⁵⁰:

(...) es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo.

⁴⁹ 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.

⁵⁰ 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>.

74. En ese sentido, la SCJN, a través de su Tesis sobre el Derecho a la Vida⁵¹, ha determinado que:

(...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...).

75. Por su parte, la Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021⁵², 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.

76. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada prestación del servicio brindada a V por AR1, AR2 y AR3, también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida.

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

77. Como se valoró previamente, en la atención brindada a V en la CHM, no se identificó oportunamente el daño renal agudo, ni se determinó su causa. Tampoco se dio

⁵¹ SCJN, Tesis Constitucional, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, Registro 163169.

⁵² 2 de septiembre de 2021, párrafo 97.

el seguimiento clínico, diagnóstico y terapéutico requerido conforme a su condición clínica.

78. De igual forma se omitió la solicitud de estudios pertinentes para brindar una adecuada vigilancia del estado sistémico y renal de V; además de que no se realizaron las interconsultas a los servicios de Nefrología y Reumatología con el fin de valorar la falla renal aguda, poliangitis granulomatosa y la polineuropatía desmielinizante crónica.

79. Tampoco se brindó un manejo apropiado ante el deterioro neurológico agudo que V presentó y no se solicitó su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos para un manejo integral; situaciones que conllevaron a su deterioro clínico y hemodinámico.

80. Derivado de la situación antes descrita, los familiares de V solicitaron su alta voluntaria, siendo trasladado al Hospital Privado, donde, a pesar de su ingreso a Terapia Intensiva, dada la gravedad de su estado de salud, murió el 6 de octubre de 2024 por insuficiencia renal aguda y poliangitis granulomatosa.

81. De igual forma, las acciones y omisiones antes mencionadas, además de evidenciar una falta de apego y seguimiento en la atención médica que se le brindó a V, contribuyeron con el deterioro y agravamiento de su estado clínico; lo cual desencadenó en su fallecimiento, vulnerando con ello su derecho a la vida.

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

82. Este derecho está reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en distintos instrumentos internacionales de derechos humanos. El artículo 1° constitucional, párrafo quinto, dispone que queda prohibido cualquier acto que atente contra la salud. Los artículos 11.1. de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; y, 1° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, precisan que toda persona tiene derecho a recibir un trato digno, por lo que se deben promover, proteger y asegurar todos sus derechos humanos y libertades.

83. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud y a la vida de V, se afectaron otros derechos con relación a su calidad de persona adulta mayor, específicamente el derecho a un trato digno, debido a su situación de vulnerabilidad por tratarse de una persona mayor al momento de los hechos, por lo que, atendiendo a la especial protección que tienen las personas en esa etapa de la vida, V debió recibir una atención prioritaria e inmediata por el personal médico de la CHM.

84. 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.”*⁵³ 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.

⁵³ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, Nueva York, ONU, 2003, párrafo 8; CNDH, Recomendaciones: 26/2019, párrafo 24; 23/2020, párrafo 26, y 52/2020, párrafo 9.

85. 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.”*⁵⁴

86. Las personas adultas mayores 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.⁵⁵

87. 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. Asimismo, en su fracción IX, indica que la atención integral debe satisfacer sus necesidades para que vivan una vejez plena y sana.

88. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México⁵⁶, 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.

⁵⁴ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

⁵⁵ Artículos 17, párrafo primero, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 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 (ratificada el 10 de enero de 2023, por lo que al momento de los hechos no se encontraba en vigor; sin embargo, sirve de carácter orientador) y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.

⁵⁶ Publicado el 19 de febrero de 2019.

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.⁵⁷

89. De igual forma, en la Recomendación 8/2020 se destacó que este derecho de las personas adultas mayores implica una obligación por parte de las autoridades del Estado para garantizarlo y protegerlo de manera constitucional y legal, a efecto de que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria.⁵⁸

90. 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 Mayores,⁵⁹ en cuyos artículos 4, fracción V, 5, fracciones I, III y IX, 10 y 18, se dispone como principio rector la atención preferente para las personas adultas mayores.⁶⁰

⁵⁷ Párrafo 418.

⁵⁸ Párrafo 93.

⁵⁹ Diario Oficial de la Federación, 25 de junio de 2002.

⁶⁰ Las instituciones de los tres niveles de gobierno, así como sectores social y privado deben implementar programas acordes a sus diferentes etapas, características y circunstancias; garantizar sus derechos de integridad, dignidad y preferencia, así como a la salud y de acceso a los servicios públicos; 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; además de la obligación que tienen las instituciones

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

92. Asimismo, esta Comisión Nacional considera que las personas con enfermedades no transmisibles se encuentran en particular situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección a la salud, requiriendo además de atención prioritaria, integral e inmediata, que se les garantice la prestación de servicios, bienes y acciones para su pronta recuperación mediante la accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad de su manejo clínico inicial, debiéndose priorizar sus comorbilidades y aspectos concomitantes para que alcancen un mayor bienestar posible⁶¹.

93. Por lo expuesto, debido a la pertenencia de V a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona adulta mayor, debió haber recibido atención especializada y de manera preferente en el CHM, a fin de evitar las complicaciones que presentó al no recibir una atención médica adecuada acorde a sus padecimientos y gravedad, lo que contribuyó al deterioro y agravamiento de su estado de salud y derivó en su lamentable fallecimiento.

94. Esta Comisión Nacional considera que las personas adultas mayores se encuentran en particular situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección a la salud, que requieren además de atención prioritaria, integral e inmediata, que se les garantice la prestación de servicios, bienes y acciones para su pronta recuperación mediante la accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad

⁶¹ Recomendación 260/2022, párrafo 90.

de su manejo clínico inicial, debiéndose priorizar sus comorbilidades y aspectos concomitantes para que alcancen un mayor bienestar posible⁶².

95. En el presente caso, de acuerdo con el Dictamen en Materia de Medicina de esta CNDH, se concluyó que, respecto de la atención que se brindó a V en la CHM, no se identificó oportunamente el daño renal agudo, ni se determinó su causa. Tampoco se dio el seguimiento clínico, diagnóstico y terapéutico requerido conforme a su condición clínica.

96. De igual forma, se omitió la solicitud de estudios pertinentes para brindar una adecuada vigilancia a su estado sistémico y renal; y no se realizaron las interconsultas a los servicios de Nefrología y Reumatología con el fin de valorar la falla renal aguda, poliangitis granulomatosa y la polineuropatía desmielinizante crónica. Tampoco se le brindó un manejo apropiado ante el deterioro neurológico agudo que presentó V y no se solicitó su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos para un manejo integral.

97. En suma, todo lo anterior colocó a V en una situación de vulnerabilidad, pues las acciones y omisiones antes mencionadas, evidencian una falta de apego y seguimiento en la atención médica que le brindaron AR1, AR2 y AR3, las cuales contribuyeron al deterioro y agravamiento de su estado clínico, lo que derivó en su lamentable fallecimiento en el Hospital Privado, el 6 de octubre de 2024.

98. Conforme al artículo 9 y 19 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas adultas Mayores, el Estado deberá asegurar la atención prioritaria de los servicios integrales de salud a la persona adulta mayor, a fin de garantizar la calidad de vida y evitar que la persona viva algún tipo de violencia.

⁶² Recomendación 260/2022, párrafo 90.

99. Es decir, pese al proceso biológico de envejecimiento y las otras condiciones que acarrea la edad de las personas adultas mayores, por lo que son sujetos plenos de derechos, que tendrían que decidir, en lo posible, según los casos, sobre su propia vida y vivir una vejez en dignidad; es por ello, que el Estado Mexicano tiene la obligación de proporcionar la atención médica que éste grupo poblacional requiere de forma prioritaria para prolongar una vida de calidad; y al obstruir el acceso a la atención médica, se vulneró el derecho a la salud con las omisiones que se observaron en el presente caso, se generó que la vida de V, de la cual se desconoce de cuánto tiempo más pudo gozar, se acortara y causara un agravio al círculo cercano que la rodeaba.

100. Anteriormente, esta Comisión, se pronunció respecto a las violaciones de los derechos humanos de las personas mayores, en las Recomendaciones: 60/2025⁶³, 61/2025⁶⁴, 65/2025⁶⁵, 68/2025⁶⁶, 69/2025⁶⁷ y 72/2025⁶⁸.

101. Por las razones antes referidas, el enfoque de atención médica por el ISSSTE fomenta obstáculos administrativos que impiden el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y carece de un enfoque *pro persona*⁶⁹ y de transversalización de la condición de vulnerabilidad que enfrentan las personas adultas mayores, lo que vulnera

⁶³ <https://www.cndh.org.mx/documento/recomendacion-602025>.

⁶⁴ <https://www.cndh.org.mx/documento/recomendacion-612025>.

⁶⁵ <https://www.cndh.org.mx/documento/recomendacion-652025>.

⁶⁶ <https://www.cndh.org.mx/documento/recomendacion-682025>.

⁶⁷ <https://www.cndh.org.mx/documento/recomendacion-692025>.

⁶⁸ <https://www.cndh.org.mx/documento/recomendacion-722025>.

⁶⁹ 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> consultado el 24 de noviembre de 2021.

derechos humanos y trasgrede las normas convencionales, constitucionales y legales de observancia obligatoria en nuestro país⁷⁰.

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

102. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a la información.

103. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017⁷¹, 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”*⁷².

104. Por su parte, la CrIDH⁷³ ha señalado la relevancia de un expediente médico adecuadamente integrado, al ser una guía para el tratamiento médico, para conocer el estado del enfermo y las consecuentes responsabilidades; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza⁷⁴.

⁷⁰ CNDH. Recomendaciones 240/2022, párrafo 90 y 243/2022, párrafo 118.

⁷¹ 31 de enero de 2017, párrafo 27.

⁷² CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud.”

⁷³ Sentencia del *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador* del 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

⁷⁴ CNDH, Recomendaciones: 44/2021, párrafo 112; 87/2020, párrafo 114; 80/2019, párrafo 66; 1/2018, párrafo 76; 56/2017, párrafo 120; 50/2017, párrafo 88; 47/2016, párrafo 87; 35/2016, párrafo 171, y 14/2016, párrafo 41.

105. De igual forma, 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, al contener información, datos personales y documentación en los que se hacen constar las intervenciones del personal del área de la salud, se describe el estado de salud de la persona paciente y contiene datos acerca de su bienestar físico, mental y social.

106. En ese sentido, este Organismo Nacional ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos 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 que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida⁷⁵.

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

⁷⁵ CNDH, Recomendación General 29/2017, emitida el 31 de enero de 2017; Recomendación 172/2022, emitida el 31 de agosto de 2022; Recomendación 244/2022, emitida el 16 de diciembre de 2022; Recomendación 4/2023, emitida el 31 de enero de 2023; y Recomendación 24/2023, emitida el 6 de marzo de 2023.

la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona⁷⁶.

108. Las irregularidades observadas en la integración del expediente clínico de V constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, toda vez que en diversas Recomendaciones se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves, ilegibles y presentan abreviaturas, a pesar de que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos y la atención que reciben⁷⁷.

109. No obstante, las Recomendaciones, el personal médico, en algunos de los casos, persisten en no dar cumplimiento a la NOM-Del Expediente Clínico, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

110. Asimismo, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

⁷⁶ CNDH, Recomendación General 29/2017, párrafo 34.

⁷⁷ Como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en las Recomendaciones: 84/2023, 83/2023, 82/2023, 67/2023, 26/2023, 14/2023, 94/2022, 40/2022, entre otras.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V

111. Respecto del expediente clínico formado en la CHM por la atención médica que se le brindó a V, este Organismo Nacional advirtió omisiones que evidencian una falta de apego y seguimiento en su atención, de acuerdo con lo siguiente:

- 111.1.** Las notas realizadas por AR1 y AR2 el 4 de octubre de 2024, presentan omisiones a la NOM-del Expediente Clínico en sus numerales 5.9, 5.10 y 7.2, al no tener datos completos de V, no hacer referencia al día, y no plasmar nombre completo de quien las elaboró; además que no cuentan con constancia de evolución o seguimiento de V.
- 111.2.** La nota elaborada por AR3 el 5 de octubre de 2024, donde no señaló la hora de elaboración, su nombre ni su servicio de adscripción, y sólo plasmó el número de su cédula profesional, inobservó los numerales 5.9, 5.10 y 6.2.2 de la NOM-Del Expediente Clínico.
- 111.3.** La nota elaborada por PSP el 5 de octubre de 2024, al no contener datos de V, ni referir horario, presenta inobservancias a lo establecido en la NOM-del Expediente Clínico, en sus numerales 5.9, 5.10 y 7.2.
- 111.4.** La hoja de egreso suscrita por AR3 el 5 de octubre de 2024 establece las 9:27 horas, del 4 de octubre, como la hora de ingreso de V al servicio de Urgencias de la CHM, siendo que, de acuerdo con la hoja de urgencias que fue elaborada y suscrita por AR1, la hora de admisión de V fue a las 15:08 horas. Aunado a que, de acuerdo con los análisis de Laboratorio

Privado, la toma de muestra a V se realizó ese 4 de octubre a las 11:24 horas.

111.5. De igual forma, esa hoja de egreso que AR3 suscribió, indica como horario de egreso de V las 16:32 horas, del 5 de octubre de 2024; siendo que, de acuerdo con la constancia médica emitida por PMP, la hora de ingreso de V al Hospital Privado fue aproximadamente a las 13:30 horas de ese día.

112. En ese sentido, la existencia de información, dentro del expediente clínico, que no es concordante entre sí, como lo son los horarios de ingreso y egreso plasmados por AR3 en la hoja de egreso de V de la CHM, generan dudas razonables sobre la fiabilidad de los datos que ahí se presentan. Ejemplo de ello es lo manifestado por QVI en su relato, quien, ante esta discrepancia en las fechas, consideró que los datos habían sido alterados.

113. Por ende, información inconsistente, como la antes referida, también genera escenarios de contradicción por parte del personal directivo de las instituciones de salud al momento de expedir documentos oficiales, al no verificar que los datos que aparecen en el expediente clínico sean correctos. Ejemplo de ello es el Resumen Clínico que fue realizado el 11 de octubre de 2024 por la Subdirección Médica de la CHM, mismo que fue entregado a QVI, donde se señalan los mismos horarios que AR3 plasmó en la nota de egreso y que no son correspondientes con la información que obra en otras documentales del mismo expediente clínico de V.

114. Por lo anterior, debe quedar claro que estas omisiones en la integración del expediente clínico, si bien no incidieron en la evolución del padecimiento y complicaciones posteriores que presentó V, sí constituyen una falta administrativa de

relevancia, porque representa un obstáculo para conocer las condiciones médicas de V, o bien para deslindar responsabilidades, por lo cual, se vulneró el derecho de QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6, a que conocieran 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

115. La responsabilidad de AR1, AR2 y AR3, provino de la falta de diligencia con que se condujeron en la atención proporcionada a V, lo cual culminó en la violación a su derecho humano a la protección de la salud, a la vida y al trato digno como se constató en las observaciones del Dictamen en Materia de Medicina de esta Comisión Nacional, con base en lo siguiente:

115.1. AR1 no identificó oportunamente el daño renal agudo de V, ni determinó su causa.

115.2. AR1 y AR2 no dieron el seguimiento clínico, diagnóstico y terapéutico requerido conforme a la condición clínica de V. Omitieron la solicitud de estudios pertinentes para brindar una adecuada vigilancia al estado sistémico y renal de V; y no solicitaron las interconsultas a los servicios de Nefrología y Reumatología con el fin de valorar la falla renal aguda, poliangitis granulomatosa y la polineuropatía desmielinizante crónica.

115.3. AR3 no brindó un manejo apropiado ante el deterioro neurológico agudo que presentó V y no solicitó su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos para un manejo integral.

116. De lo anterior se advierte que AR1, AR2 y AR3 incumplieron con lo establecido en la LGS y la NOM-de los Servicios de Urgencias; lo cual contribuyó al deterioro clínico y agravamiento del estado clínico de V, lo cual derivó en su fallecimiento, el 6 de octubre de 2024 en el Hospital Privado.

117. Aunado a ello, la existencia de información inconsistente y no concordante dentro del expediente clínico también representa un incumplimiento de los servidores públicos en su labor diaria, ya que esto genera dudas razonables sobre la fiabilidad de los datos que contiene, además que evidencia que el personal directivo no verifica la información que replica en documentos oficiales previo a su expedición, cayendo en contradicciones de lo que señalan en ellos respecto de la información del mismo expediente.

118. Por lo anterior, este Organismo Nacional acreditó que las acciones y omisiones atribuidas al personal médico de referencia, constituyen evidencia suficiente para determinar que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como persona servidora pública en términos de lo dispuesto los artículos 7, fracciones I, V, VII y VIII y 49, fracción I de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevén la obligación de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público; pues aún, cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia

médica y circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen a su mejoramiento, lo que en el caso concreto no aconteció.

119. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Federal; 6, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 63 de su Reglamento Interno, se contó con evidencias de la apertura del Expediente Administrativo 1 ante el OIC-ISSSTE, por lo que en ejercicio de sus atribuciones, esta CNDH remitirá copia de la presente Recomendación y de las evidencias que la sustentan al citado Expediente Administrativo 1, a fin de determinar la responsabilidad, que en su caso corresponda, de AR1, AR2 y AR3, por la inadecuada atención médica brindada a V, así como por las irregularidades observadas en la integración del expediente clínico.

V.2 Responsabilidad institucional

120. Conforme a lo estipulado en el párrafo tercero del artículo 1o. de la Constitución Política, se establece que:

(...) 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.

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

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

123. En el presente caso, de conformidad con el Dictamen en Materia de Medicina de esta CNDH, se advirtió que el personal médico encargado de la atención médica de V incumplió con la observancia de la NOM-Del Expediente Clínico e incumplió con lo establecido en la LGS y la NOM-de los Servicios de Urgencias.

124. Concluyendo esta Comisión Nacional que, además de la responsabilidad en que incurrió de manera individual el personal médico, existe evidencia que constituye una responsabilidad institucional por parte del ISSSTE, al no vigilar y supervisar que su personal cumpla con el marco normativo de la NOM-Del Expediente Clínico, la LGS y el NOM-de los Servicios de Urgencias.

125. Por lo anterior, en el presente pronunciamiento ha quedado expuesta la responsabilidad Institucional por parte del ISSSTE, toda vez que, como se señaló previamente, la atención médica brindada a V no cumplió con los estándares de calidad que el caso ameritaba, y toda vez que, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para observar el debido cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas que orientan la atención médica y labor del personal médico y administrativo.

126. Aunado a lo anterior es preciso señalar que la responsabilidad Institucional por parte del ISSSTE, también quedó acreditada en torno a las inconsistencias que se presentaron en la integración del expediente clínico integrado en la unidad médica de referencia, como se desarrolló en el apartado correspondiente, ya que éste no cuenta con la formalidad necesaria en su composición, conforme a lo previsto en el numeral 5.1 de la NOM-Del Expediente Clínico, en donde se indica que los establecimientos de carácter público, social y privado serán solidariamente responsables respecto de integrar y conservar el expediente clínico por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

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

Derechos Humanos; y 65 inciso c), de la LGV, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado, debiendo el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

128. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 73, fracción V, 74, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la LGV y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, 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, VI3, VI4, VI5 y VI6, por lo cual se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, para que accedan a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

129. Es aplicable lo establecido en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”* de las Naciones Unidas y diversos criterios de la CrIDH, al considerarse que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación,

compensación, satisfacción, medidas de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

130. En el Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú, la CrIDH enunció que: “(...) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”. Además, precisó que “(...) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”⁷⁸.

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

I. Medidas de Rehabilitación

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

⁷⁸ CrIDH, “Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

133. Por ello, el ISSSTE en coordinación con la CEAV, atendiendo a la LGV, deberá proporcionar a QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6, la atención psicológica y/o tanatológica, en caso de requerirla, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcance el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a las víctimas, para salvaguardar sus derechos, cuando así lo determinen o deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias respectivas, ello para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

II. Medidas de Compensación

134. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64 y 65 de la LGV y consisten en reparar el daño causado material y/o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: *“(...) los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), (...) así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”*⁷⁹.

135. Para tal efecto, el ISSSTE deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión

⁷⁹ *Caso Palamara Iribarne Vs. Chile*. Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.

Ejecutiva con la presente Recomendación, que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6, por las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V, que incluya la medida de compensación subsidiaria, en términos de la LGV. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

136. De conformidad con el artículo 97, 98 y 99 de la LGV, 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.

137. 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 del daño, toda vez que dicha solicitud debe de ser presentada por la víctima, de conformidad con el artículo 144 de la LGV; 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 LGV, 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.

III. Medidas de Satisfacción

138. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV, y 73, fracción I y V, de la LGV, que comprende la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad, para impedir que se produzcan nuevos delitos o nuevas violaciones de derechos humanos, así como para la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a los responsables de las violaciones de derechos humanos.

139. De la misma forma, el ISSSTE deberá colaborar con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento del Expediente Administrativo 1 iniciado ante el OIC-ISSSTE, por la inadecuada atención médica proporcionada a V, a fin de determinar lo que en derecho corresponda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas relacionado con la participación de AR1, AR2 y AR3, personal médico adscrito a la CHM; para lo cual, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan a dicho Expediente Administrativo 1, a fin de que dicha autoridad considere lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas realizadas al respecto en el presente pronunciamiento. Hecho lo anterior, deberá informar a este Organismo Nacional las acciones de colaboración que efectivamente se realicen. Lo anterior para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

140. Asimismo, las personas servidoras públicas adscritas al ISSSTE deberán colaborar con las instancias investigadoras en el trámite y seguimiento de la Carpeta de Investigación iniciada en contra de las personas responsables relacionada con los hechos motivo de la presente Recomendación, por lo cual, esta Comisión Nacional aportará copia de la presente Recomendación así como las evidencias que la sustentan a dicha indagatoria para que en su caso sean consideradas en la investigación; lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto, se deberá informar a esta Comisión Nacional, las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

141. 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.

IV. Medidas de no repetición

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

143. Al respecto, las autoridades del ISSSTE deberán impartir en el término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la LGS, la NOM-de los Servicios de Urgencias, la NOM-de Unidades de Cuidados Intensivos y la NOM-Del Expediente Clínico, en el que se enfatice la importancia de la atención médica a la persona adulta mayor, dirigido al personal médico del servicio de Urgencias de la CHM, en particular a AR1, AR2 y AR3, en caso de seguir activos laboralmente; el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá 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 quinto.

144. En el plazo dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberán dirigir una circular al personal médico del servicio de Urgencias de la CHM, que describa las medidas de supervisión para la aplicación adecuada de LGS, la NOM-de los Servicios de Urgencias y la NOM-Del Expediente Clínico, a efecto de que las personas adultas mayores reciban una valoración interdisciplinaria de manera prioritaria; así como para la integración del expediente clínico y adecuada atención médica, a efecto de garantizar que se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su

cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió, para dar atención al punto sexto recomendatorio.

145. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las medidas de no repetición, previamente descritas, constituyen una oportunidad para las autoridades, en su respectivo ámbito de competencias, a fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, por consiguiente, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía; así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

146. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6, 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 diseñado por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6, que incluya la

medida de compensación, por las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V, en términos de la LGV, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la CEAV atendiendo a la LGV, se deberá proporcionar, a QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6, atención psicológica y/o tanatológica por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, en caso de requerirla, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcance el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a las víctimas, para salvaguardar sus derechos, cuando así lo determinen o deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento del Expediente Administrativo 1 iniciado ante el OIC-ISSSTE por la inadecuada atención médica proporcionada a V, a fin de determinar lo que en derecho corresponda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas relacionado con la participación de AR1, AR2 y AR3, personal médico adscrito a la CHM; para lo cual, esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación y las evidencias que la sustentan a dicho Expediente Administrativo 1, a fin de que dicha autoridad considere lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas realizadas al respecto en el presente pronunciamiento. Hecho lo anterior, deberá informar a este Organismo Nacional las acciones de colaboración que efectivamente se

realicen.

CUARTA. Las personas servidoras públicas adscritas al ISSSTE deberán colaborar con las instancias investigadoras en el trámite y seguimiento de la Carpeta de Investigación iniciada en contra de las personas responsables, relacionada con los hechos motivo de la presente Recomendación, por lo cual, esta Comisión Nacional aportará copia de la presente Recomendación así como las evidencias que la sustentan a dicha indagatoria para que, en su caso, sean consideradas en la investigación; por lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

QUINTA. Se imparta en el término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la LGS, la NOM-de los Servicios de Urgencias, la NOM-de Unidades de Cuidados Intensivos y la NOM-Del Expediente Clínico, en el que se enfatice la importancia de la atención médica a la persona adulta mayor, dirigido al personal médico del servicio de Urgencias de la CHM, en particular a AR1, AR2 y AR3, en caso de continuar activos laboralmente; el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá 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.

SEXTA. Gire sus instrucciones para que, en un plazo dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberán dirigir una circular al personal médico del servicio de Urgencias de la CHM, que describa las medidas de supervisión para la aplicación adecuada de la LGS, el Reglamento LGS, la NOM-de los Servicios de Urgencias y la NOM-Del Expediente Clínico, a efecto de que las personas adultas mayores reciban una valoración interdisciplinaria de manera prioritaria; además de que se les evalúe de manera integral para la realización y cumplimiento del tratamiento, así como para la integración del expediente clínico y adecuada atención médica, a efecto de garantizar que se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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

147. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

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

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

CEFM