



RECOMENDACIÓN No. 26/2019

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, QUE DERIVÓ EN LA PÉRDIDA DE LA VIDA DE V, MUJER MAYOR CON [REDACTED] DE EDAD, Y A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, EN AGRAVIO DE QV, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 52 DEL IMSS, EN CUAUTITLÁN IZCALLI, ESTADO DE MÉXICO.

Ciudad de México, 28 de mayo 2019

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

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/5/2017/6265/Q, sobre el caso de V y QV.

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, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 78 párrafo uno, parte segunda y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley

General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; y 3, 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

CLAVE	SIGNIFICADO
QV	Quejoso/Víctima
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable
SP	Servidor Público

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

NOMBRE	ACRÓNIMO
Corte Interamericana de Derechos	CrIDH
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	NOM-Del Expediente
Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de las Crisis Hipertensivas en Adultos en los Tres Niveles de Atención	Guía de crisis hipertensiva
Unidad de Medicina Familiar 52 del IMSS, en Cuautitlán Izcalli, Estado de México.	Unidad de Medicina Familiar 52

Hospital General de Zona 57 del IMSS, en Cuautitlán Izcalli, Estado de México.	Hospital General 57
Centro Médico Nacional “La Raza” del IMSS, en la Ciudad de México.	Centro Médico La Raza

I. HECHOS.

5. El 18 de julio de 2017, se recibió en este Organismo Nacional la queja de QV, en la que denunció que V, [REDACTED] y que acudía [REDACTED]

[REDACTED] no obstante, [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED], sin embargo, [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED].

6. A las 13:09 horas del 17 del mismo mes y año, [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

7. [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] no obstante, V no contaba con los criterios clínicos para ser candidata de tal procedimiento. El 28 de noviembre de 2016, [REDACTED]
[REDACTED]

8. A las 06:50 horas del 6 de diciembre de 2016, V presentó [REDACTED]
[REDACTED], determinándose como causales del deceso: [REDACTED]
[REDACTED]

9. Con motivo de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional el expediente de queja CNDH/5/2017/6265/Q y para documentar las violaciones a los derechos humanos se solicitó información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

10. Escrito de queja del 10 de julio de 2017, presentado por QV ante este Organismo Nacional.

11. Acta Circunstanciada de 9 de agosto de 2017, por medio de la cual esta Comisión Nacional hizo constar la comunicación telefónica que sostuvo con QV, en la cual se precisaron los hechos materia de queja.

12. Oficio 09 52 17 61 4BB1/2544 de 14 de septiembre de 2017, del IMSS, al que se adjuntó el informe rendido por el Hospital General 57, en el que se detalló la atención médica brindada a V en ese nosocomio.

13. Oficio 09 52 17 61 4BB1/2859, de 31 de octubre de 2017, del IMSS, mediante el cual remitió copia del expediente clínico de V integrado en el Hospital General 57, con motivo de la atención médica otorgada, de las que se destaca nota de Egreso por Defunción de 6 de diciembre de 2016, en el que se señaló como diagnóstico de egreso:

[REDACTED]
[REDACTED]

14. Oficio 09 52 17 61 4C21/2395, de 3 de octubre de 2018, del IMSS, mediante el cual se remitió copia de la nota médica de la Unidad de Medicina Familiar 52, con motivo de la atención médica otorgada a V.

15. Dictamen Médico del 3 de octubre de 2018, emitido por esta Comisión Nacional respecto de la atención brindada a V en la Unidad de Medicina Familiar 52 y en el Hospital General 57.

16. Acta Circunstanciada de 19 de marzo de 2019, por medio de la cual esta Comisión Nacional hizo constar el correo electrónico remitido por el IMSS, en el cual se informó que QV promovió un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Estado, mismo que fue desechado mediante acuerdo de 10 de agosto de 2018, al no haberse atendido la prevención de acreditar personalidad jurídica de los reclamantes.

17. Acta Circunstanciada de 12 de abril de 2019, por medio de la cual esta Comisión Nacional hizo constar la recepción de diversa documentación de QV vía correo electrónico, de la cual destacan las siguientes constancias:

17.1. Copia de nota de atención integral del derechohabiente con factores de riesgo asociados a hipertensión arterial de 30 de septiembre de 2014, suscrita por AR con motivo de la atención médica proporcionada a V en la Unidad de Medicina Familiar 52 del IMSS.

17.2. Copia de nota médica de 31 de octubre de 2014, emitida por AR con motivo de la atención médica proporcionada a V en la Unidad de Medicina Familiar 52 del IMSS.

17.3. Copia de receta médica de V de 16 de noviembre de 2016, suscrita por AR en la Unidad de Medicina Familiar 52 del IMSS, en la que se prescribió *“diclofenaco 100 mg tabletas”*.

17.4. Copia de solicitud de estudios radiográficos para V de 16 de noviembre de 2016, emitida por AR en la Unidad de Medicina Familiar 52 del IMSS.

17.5. Acta de Defunción de V, con fecha de registro de 7 de diciembre de 2016, emitida por la Dirección General de Registro Civil del Gobierno del Estado de México.

17.6. Copia de Queja Médica presentada el 9 de febrero de 2017, ante la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente de la Delegación Regional Estado de México Oriente del IMSS.

17.7. Copia del oficio 004372, de 9 de mayo de 2017, del IMSS, por el cual se informó a QV que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS resolvió el expediente de Queja Médica como improcedente, desde el punto de vista médico.

17.8. Copia del acuerdo dictado por el Consejo Consultivo Delegacional de la Delegación Regional Estado de México Oriente del IMSS, de 6 de julio de 2017, en el que se notificó la improcedencia al recurso de inconformidad interpuesto por la parte quejosa.

18. Acta Circunstanciada del 9 de mayo de 2019, por medio de la cual esta Comisión Nacional amplió el dictamen médico emitido el 3 de octubre de 2018.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

19. El 9 de febrero de 2017, QV presentó queja ante la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente de la Delegación Regional Estado de México Oriente del IMSS, con motivo de la atención médica proporcionada a V en la Unidad de Medicina Familiar 52, la cual fue resuelta como improcedente desde el punto de vista

médico, el 9 de mayo de ese año por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS.

20. Inconforme con la resolución, el 24 de mayo de 2017, QV interpuso Recurso de Inconformidad ante el Consejo Consultivo Delegacional de la Delegación Regional Estado de México Oriente del IMSS, quien el 6 de julio de 2017 declaró como improcedente tal recurso, por no ser la vía establecida para plantear reclamación de indemnización.

21. El 18 de julio de 2017, QV formuló queja ante este Organismo Nacional con motivo de la atención médica proporcionada a V en la Unidad de Medicina Familiar 52 y en el Hospital General 57, así como de su fallecimiento.

22. El 19 de marzo de 2019, el IMSS informó que la parte quejosa promovió en la vía contenciosa administrativa demanda de responsabilidad patrimonial del Estado en contra de ese Instituto, misma que fue desechada mediante acuerdo de 10 de agosto de 2018, al no haberse atendido la prevención de acreditar personalidad jurídica de los reclamantes.

IV. OBSERVACIONES.

23. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2017/6265/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por esta Comisión Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violación al derecho humano a la protección de la salud por inadecuada atención médica, que derivó en la pérdida de la vida de V, atribuibles a AR, y a la información en materia de salud, en agravio de QV, en atención a las

consideraciones de la presente Recomendación. A continuación se analizará la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las personas mayores, en México.

a. Situación de vulnerabilidad de las Personas Mayores.

24. 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.”¹ 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.

25. En el Sistema Jurídico Mexicano se define a los grupos en situación de vulnerabilidad como “aquellos núcleos de población y personas 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.”²

26. Esta Comisión Nacional ha señalado que las personas mayores constituyen un grupo en situación especial de vulnerabilidad,³ considerando que en México son particularmente susceptibles a “enfrentar situaciones que anulan o menoscaban su dignidad, y su carácter de sujetos de derechos humanos, las cuales constituyen un obstáculo para que disfruten de una vida plena, se garantice el acceso a sus derechos y sean tomadas en cuenta como agentes autónomos participativos en su familia, comunidad y Estado.”⁴

¹ 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, New York, ONU, 2003, p. 8.

² Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS)

³ CNDH, “Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México”, febrero de 2019.

⁴ *Ibíd.*, párr. 371

27. El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*“Protocolo de San Salvador”*), dispone en su artículo 17 que *“toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad, en tal cometido los estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medias necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular: a) Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionárselas por si mismas...”*

28. En la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y El Caribe,⁵ los Estados firmantes (incluyendo a México) acordaron realizar acciones tendentes al mejoramiento del sistema de salud, para que responda de manera efectiva a las necesidades de las personas mayores, entre ellas, el acceso preferencial a los medicamentos, equipamientos, ayudas técnicas y servicios integrales, a favor de este grupo de población.

29. El inciso f) del artículo 9 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores,⁶ refiere que los Estados deben capacitar y sensibilizar a funcionarios públicos, a los encargados de los servicios sociales y de salud, que tengan la encomienda de atender y cuidar a las personas mayores, a fin de brindarles un trato digno y prevenir negligencia y acciones o prácticas de violencia o maltrato.

30. La CrIDH ha establecido la importancia de visibilizar a las personas mayores como *“...sujetos de derechos con especial protección y por ende de cuidado integral, con el respeto de su autonomía e independencia (...) Por lo tanto, esta Corte considera que,*

⁵ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *“Informe de la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y El Caribe”*, San José, Costa Rica, 8 a 11 de mayo de 2012, pág. 23.

⁶ Si bien, al momento de los hechos y emisión de la presente Recomendación no ha sido firmada ni ratificada por México, es un referente obligado para los estándares internacionales de protección a las personas mayores.

*respecto de las personas adultas mayores, como grupo en situación de vulnerabilidad, existe una obligación reforzada de respeto y garantía de su derecho a la salud...”*⁷

31. La Primera Sala de la Suprema Corte de la Justicia de la Nación ha reconocido que la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las personas mayores obliga al Estado a garantizar su especial protección.⁸

32. El artículo 5, fracción III, incisos a) y b), de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, prevé que el derecho humano a la protección a la salud del grupo de población de referencia, debe garantizar que tengan acceso a los satisfactores necesarios para su atención integral, considerando los servicios y condiciones humanas o materiales, para lo cual deben tener acceso preferente a los servicios de salud.

33. De igual forma, el artículo 6 de la legislación precitada indica que el Estado garantizará las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social de las personas mayores.

34. La Ley General de Salud, en su artículo 25, ordena que en atención a las prioridades del Sistema Nacional de Salud “se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos [en situación de] vulnerab[ilidad].”

35. Del análisis a las evidencias reseñadas, se advierte que V, en su calidad de [REDACTED], persona [REDACTED], con [REDACTED] de edad, quien presentaba antecedentes de un padecimiento crónico como [REDACTED] requería de atención integral, por la obligación que tienen las autoridades mexicanas de garantizar a estas personas el máximo respeto a sus derechos humanos, incluido el de la protección a la salud, no obstante, AR no realizó un interrogatorio, exploración física, evolución, actualización de cuadro clínico, toma de signos vitales, establecer un diagnóstico, pronóstico y

⁷ “Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile”, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 8 de marzo de 2018, párr. 132.

⁸ Tesis Constitucional “Adultos Mayores. Al constituir un grupo vulnerable merecen una especial protección por parte de los órganos del Estado”, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, junio de 2015, Registro 2009452.

proporcionar un tratamiento e indicaciones adecuadas, lo cual generó el desconocimiento de su estado de salud al momento de su egreso de la Unidad de Medicina Familiar 52, repercutiendo en la imposibilidad de identificar y atender oportunamente las manifestaciones clínicas de una crisis hipertensiva, mala práctica médica que contribuyó al deterioro de su estado de salud, y posterior fallecimiento.

b. Derecho a la protección de la salud.

36. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.⁹

37. El artículo 4º de la Constitución Política, en su párrafo cuarto, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

38. En el artículo 1º de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, señala que: *“...la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”*

39. En este sentido, el 23 de abril de 2009 esta Comisión Nacional emitió la Recomendación General número 15 *“Sobre el Derecho a la Protección de la Salud”*, en la que se afirmó que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá

⁹ CNDH. Recomendaciones 77/2018, párr. 16; 73/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28.

la eficacia con que éste se proteja, y que tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.¹⁰

40. La Suprema Corte de Justicia de la Nación en tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección¹¹ expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra *“el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles”*, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo ésta como *“la exigencia de ser apropiados médica y científicamente”*.

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

42. 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, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país. En el presente caso, debe considerarse la realización del Objetivo tercero consistente en *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*.

43. Relacionado con el expediente que dio origen a la presente Recomendación, se acreditó que V, [REDACTED], persona [REDACTED] con [REDACTED] de edad, quien presentaba [REDACTED]

¹⁰ CNDH. Recomendaciones 77/2018, párr. 19; 73/2018, párr. 25; 1/2018, párr. 20; 56/2017, párr. 45; 50/2017, párr. 25; 66/2016, párr. 31 y 14/2016, párr. 31

¹¹ *“Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud.” Semanario Judicial de la Federación*, abril de 2009, registro 167530. CNDH. Recomendaciones 77/2018, p.20; 56/2017, p. 46; 50/2017, p. 26; 66/2016, p. 32 y 14/2016, p. 32.

acudió a las 12:14 horas del 16 de noviembre de 2016 a la Unidad de Medicina Familiar 52, por que presentaba [REDACTED] [REDACTED] recibiendo atención médica por AR quien en su nota médica sólo registró peso, talla y temperatura, limitándose a prescribirle “diclofenaco” y solicitar que se realizara una radiografía en la rodilla izquierda, enviándola a su domicilio.

44. El 17 de noviembre de ese año, V, estando en su domicilio, alrededor de las 11:30 horas súbitamente presentó [REDACTED], razón por la cual sus familiares la trasladaron al Área de Urgencias del Hospital General 57, en donde fue atendida por SP1 quien le diagnosticó [REDACTED]
[REDACTED]

45. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se indicó que en referencia al [REDACTED] dicha enfermedad es más frecuente conforme avanza la edad y que dentro de los factores de riesgo se encuentra la falta de [REDACTED]
[REDACTED]

46. Se refirió que la crisis hipertensiva es una enfermedad ocasionada por la elevación aguda de la presión arterial que puede ocasionar lesiones a órganos como corazón, riñón o cerebro (órganos blancos), cuyos síntomas son presión arterial alta, dolores de cabeza, alteraciones en la movilidad, náuseas, entre otros, por lo que resulta indispensable realizar una exploración neurológica detallada; tal crisis se subdivide en emergencias y urgencias, siendo que las primeras implican un estado de mayor gravedad y peor pronóstico por la presencia de daño agudo a un órgano blanco, en tanto las urgencias se muestran cuando hay una elevación de tensión arterial, en general se presentan en pacientes con hipertensión crónica previamente diagnosticada.

47. En atención a lo previsto en la “Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de las Crisis Hipertensivas en Adultos en los Tres Niveles de Atención”, del Consejo de Salubridad General, para diagnosticar adecuadamente la evaluación

inicial del paciente con crisis hipertensiva es fundamental realizar una revisión oftalmoscópica (exploración del fondo del ojo), la cual puede proporcionar información sobre posible daño a órgano blanco, siendo que para la atención de este tipo de padecimientos en un primer nivel de atención, la *“Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención”* recomienda que en las unidades de medicina familiar, en casos de crisis hipertensiva con o sin lesión a órgano blanco, se deberá iniciar con medidas generales de tratamiento y referir a segundo o tercer nivel para su evaluación integral y control de la presión arterial.

48. En ese sentido, la citada Guía de crisis hipertensiva determina que en caso positivo de daño a órganos se debe efectuar un manejo agresivo de control de presión arterial mediante hospitalización, monitoreo continuo y manejo farmacológico intravenoso, mientras que en el supuesto negativo se recomienda realizar una disminución gradual de la tensión arterial para prevenir complicaciones, así como un seguimiento adecuado ambulatorio y canalización a segundo o tercer nivel de atención.

49. En virtud de lo anterior, resulta evidente que AR omitió efectuar las acciones que prevén las Guías de Práctica Clínica antes referidas para atender el padecimiento que V presentó el 16 de noviembre de 2016, pasando por alto la situación de vulnerabilidad múltiple en la que V se encontraba al ser una [REDACTED] [REDACTED] de [REDACTED] años, con antecedente de [REDACTED], siendo indispensable que ante la sospecha de una crisis hipertensiva AR debió haber efectuado la toma de signos generales y realizado un examen de oftalmoscopia, control de la presión arterial y, en su caso, canalizarla a un segundo o tercer nivel de atención para recibir una atención integral y adecuada al padecimiento que presentó.

50. Es importante destacar que de la información aportada por QV, se acreditó mediante *“nota de atención integral del derechohabiente con factores de riesgo asociados a hipertensión arterial”*, de 30 de septiembre de 2014, que AR era la médica con quien V acudía para la atención de su padecimiento en la Unidad de Medicina

Familiar 52, desde hacía por lo menos dos años, motivo por el que al momento de los hechos conocía de los antecedentes clínicos de V.

51. De la revisión del expediente clínico de V proporcionado por el IMSS a este Organismo Nacional, se observó que la única nota clínica elaborada por AR corresponde a la atención que proporcionó a V el 16 de noviembre a las 12:14 horas, en la que sólo asentó talla, peso y temperatura de V, omitiendo tomar los signos vitales, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, lo cual repercutió en la falta de un diagnóstico clínico al padecimiento de V y, por tanto, en un tratamiento apropiado y oportuno que permitiera contrarrestar el deterioro en su estado de salud.

52. Aunado a la anterior, la bibliografía clínica especializada advierte que ante la identificación inoportuna o un tratamiento inadecuado en la crisis hipertensiva, las sintomatologías clínicas continúan presentándose por 24 horas o más, dando lugar a una enfermedad vascular cerebral, como es el caso del derrame cerebral.

53. Al respecto, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional se determinó que los síntomas que presentó V el 16 de noviembre de 2016, a las 12:14 horas [REDACTED] cuando fue [REDACTED], correspondían a [REDACTED], la cual [REDACTED], [REDACTED] el 17 del mismo mes y año a las 13:09 horas, [REDACTED], por lo que [REDACTED] en la Unidad de Medicina Familiar 52, lo que condicionó al [REDACTED].

54. Con base en lo anterior, en la referida Opinión Médica, se estableció que desde el punto de vista médico legal, la atención brindada por AR, adscrita a la Unidad de

Medicina Familiar 52 del IMSS, quien tenía antecedentes del padecimiento hipertensivo de V, fue inadecuada, incurriendo en negligencia médica por omisión al no realizar interrogatorio, toma de signos vitales, resumen clínico, exploración física, procedimientos, indicaciones, diagnóstico y tratamiento apropiado; de igual manera al no identificar los síntomas de crisis hipertensiva ni estabilizar a V de las cifras de tensión arterial, además de no referirla, en su caso, a hospitalización o canalización a segundo o tercer nivel de atención médica, situación que contribuyó al deterioro de su estado de salud y posterior fallecimiento.

55. En conexión con lo anterior, de la revisión del expediente clínico de V en el Hospital General 57 se acreditó que el 18 de noviembre de 2016, SP2 confirmó el diagnóstico de [REDACTED]; SP3 solicitó enlace al Servicio de Neurología del Centro Médico La Raza, pero la respuesta fue recibida en esa misma fecha por SP4, a quien se le solicitó [REDACTED] en el propio Hospital General 57, para valorar si V se encontraba en posibilidad de recibir tratamiento quirúrgico en el servicio de neurología.

56. Del 18 al 27 de noviembre de 2016 no se presentaron cambios en cuanto a los datos clínicos y diagnóstico de V previamente señalados, por lo que en dicho lapso de tiempo permaneció en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General 57, manteniendo cifras de tensión arterial estables.

57. El 28 de noviembre de este último año, V [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

58. Del 29 de noviembre al 6 de diciembre V evolucionó con dificultad en su estado clínico a pesar del tratamiento médico implementado, siendo que a las 06:50 horas del 6 de diciembre de 2016 presentó [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

59. Al respecto, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se determinó que en referencia con la ventana neurológica solicitada a SP4, y teniendo en consideración lo establecido por las Guías Internacionales para el tratamiento de Hemorragia Intracraneal, V no contaba con los criterios constitutivos para ser candidata a un tratamiento quirúrgico pues se trataba de una paciente de edad [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

60. De esta manera, en la referida Opinión Médica, se concluyó que, desde el punto de vista médico legal, la atención brindada por SP1, SP2, SP3, SP4, SP5 y SP6 en el Hospital General 57 fue adecuada, porque el equipo médico realizó una exploración física completa, se estableció un diagnóstico certero que fue corroborado con estudios de laboratorio y gabinete, solicitando las valoraciones correspondientes en tiempo y forma, así como el empleo de las Guías de Práctica Clínica correspondientes, puesto que cuando iniciaron su intervención médica el estado de salud de V ya se encontraba muy deteriorado y debido a esto no contaba con los criterios para ser trasladada a otra unidad de tercer nivel, o bien ser intervenida quirúrgicamente.

61. De lo expuesto, se concluye que AR transgredió lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 25, 27 fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II; 51, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador); 5, fracción III, inciso a); 6, fracción I, y 18, fracción I, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores; y lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, debido a la negligencia de

AR en realizar un interrogatorio, exploración física completa, toma de signos vitales, establecer un diagnóstico clínico y proporcionar un tratamiento adecuado a V, lo cual generó el desconocimiento de su estado de salud al momento de su egreso de la Unidad de Medicina Familiar 52, repercutiendo en la imposibilidad de identificar y atender oportunamente manifestaciones clínicas de una [REDACTED]

c. Derecho humano de acceso a la información en materia de salud.

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

63. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.¹²

64. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU previene que en materia de salud el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.”*¹³

65. En la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con*

¹² CNDH. Recomendación 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p. 116

¹³ Observación General 14. *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”¹⁴

66. Por otra parte, se debe considerar que la NOM-Del Expediente advierte que “...*el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.*”

67. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29, 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 que se les brinda.

68. 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:

¹⁴ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 35.

que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.¹⁵

69. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió inadecuada integración de los expedientes clínicos de V en la Unidad de Medicina Familiar 25, al registrarse notas médicas que no fueron elaboradas conforme a los lineamientos establecidos en la citada norma oficial mexicana, la cual refiere que los citados documentos y reportes del expediente clínico deben precisar: nombre completo del paciente, edad, sexo, interrogatorio, exploración física, evolución, actualización del cuadro clínico, signos vitales, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, e indicaciones médicas, y en su caso, número de cama o expediente, fecha, hora, nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso, y deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

70. Al respecto, se advirtió que la nota médica del 16 de noviembre de 2016, elaborada por AR en la Unidad de Medicina Familiar 52, incumple con la norma indicada, pues tal como se desarrolló en el apartado "*Derecho a la protección de la salud*" de la presente Recomendación, no se señaló la edad de V, el resultado del interrogatorio, exploración física, evolución, actualización del cuadro clínico, signos vitales, diagnóstico, pronóstico, tratamiento e indicaciones médicas, así como también rubricarla, con lo que se vulneró lo establecido en los puntos 5.9, 5.10, 6 y 6.2 de la NOM-Del Expediente.

71. Este Organismo Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-Del Expediente, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como lo ha venido sosteniendo esta Comisión Nacional en la Recomendación General 29, así como en diversos precedentes de

¹⁵ CNDH, op. cit. párr. 34 y 33/2016, párr. 105.

Recomendaciones, entre otras, la 39/2015, 8/2016, 40/2016, 47/2016, 75/2017, 1/2018, 52/2018, 73/2018, 77/2018, 1/2019, 3/2019 y 8/2019.

72. La idónea integración del expediente clínico de V es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, 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 se cumpla en sus términos.¹⁶

V. RESPONSABILIDAD.

73. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación AR incurrió en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las negligencias ya descritas, consistentes en violación al derecho a la protección de la salud por la omisión en realizar un interrogatorio, exploración física completa, toma de signos vitales, establecer un diagnóstico clínico y proporcionar un tratamiento adecuado a V, lo cual generó el desconocimiento de su estado de salud al momento de su egreso de la Unidad de Medicina Familiar 52, repercutiendo en la imposibilidad de identificar y atender oportunamente manifestaciones clínicas de una crisis hipertensiva, contribuyendo al deterioro de su estado de salud y posterior fallecimiento.

74. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, de conformidad con lo previsto en los artículos 8, fracciones I, IV y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos; así como 303 y 303 A, de la Ley del Seguro Social, en los que se prevé la obligación que tienen las personas servidoras públicas 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

¹⁶ CNDH, Recomendación 12/2016, párr. 74.

legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones de la paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

75. Por lo que hace a las irregularidades detectadas en el expediente clínico de V, respecto de la inadecuada elaboración de las notas médicas en la unidad de Medicina Familiar 52, que repercute en la integración apropiada del expediente clínico, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en la NOM-Del Expediente, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

76. En consecuencia, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1°, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política; 6°, fracción III; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, para que se inicie e integre el procedimiento de responsabilidad administrativa respectivo.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

77. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a

personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

78. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 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 Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015 y el *“Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”*, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud de V se deberá inscribir a QV en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

79. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”, y en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción,

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

80. En el “Caso Espinoza González 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”.¹⁷

81. Sobre el “deber de prevención” la misma Corte Interamericana, sostuvo que: “(...) el derecho a la salud es un derecho autónomo protegido por el artículo 26 de la Convención Americana (...) este derecho en situaciones de urgencia exige a los Estados velar por una adecuada regulación de los servicios de salud, brindando los servicios necesarios de conformidad con los elementos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, en condiciones de igualdad y sin discriminación, pero también brindando medidas positivas respecto de grupos en situación de vulnerabilidad (...) las personas mayores gozan de un nivel reforzado de protección respecto de servicios de salud de prevención y urgencia (...) a fin de que se impute la responsabilidad del Estado por muertes médicas es necesario que se acredite la negación de un servicio esencial o tratamiento pese a la previsibilidad del riesgo que enfrenta el paciente, o bien una negligencia médica grave, y que se corrobore un nexo causal entre la acción y el daño. Cuando se trata de una omisión se debe verificar la probabilidad de que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que desembocó en el resultado dañoso; v) la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración de la integridad personal (...)”.¹⁸

¹⁷ Sentencia de 20 de noviembre de 2014, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 300 y 301.

¹⁸ “Caso Poblete Vilches...”, párr. 174.

82. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión a los derechos humanos de V, que se tradujo en su inadecuada atención médica que derivó en la pérdida de la vida, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Rehabilitación.

83. De conformidad con la Ley General de Víctimas se deberá brindar a QV, y demás familiares que conforme a derecho corresponda, la atención psicológica y tanatológica que requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcancen su sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V que derivó en su fallecimiento.

84. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, brindando información previa, clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario y deben incluir la provisión de medicamentos.

ii. Satisfacción.

85. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, por lo que en el presente caso, comprende que las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa que se presente ante la instancia competente y se de cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

86. Se deberá incorporar copia de la presente Recomendación en el expediente laboral de AR.

iii. Medidas de no repetición.

87. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, además, es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el término de tres meses después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, responsabilidad profesional, así como sobre la atención a personas mayores e identificación y manejo de crisis hipertensivas, en particular de emergencias hipertensivas a todo el personal médico de la Unidad de Medicina Familiar 52 en el Estado de México, el cual deberá impartirse por personal calificado y ser efectivo para prevenir hechos similares a los que dio origen a la presente Recomendación.

88. El curso deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad.

89. En el plazo de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se instruya a las personas servidoras públicas de la Unidad de Medicina Familiar 52, a fin de que adopte medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brinda se encuentren debidamente integrados, conforme a los dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes.

iv. Compensación.

90. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a QV, y demás familiares que conforme a derecho corresponda, por la mala práctica médica que derivó

en el fallecimiento de V de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación para que proceda conforme a sus atribuciones.

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

VII. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral por los daños causados a QV, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la mala práctica médica que derivo en el deceso de V, en términos de la Ley General de Víctimas, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, se les otorgue la atención psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore con este Organismo Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, contra AR por los hechos detallados en la presente Recomendación, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Con independencia de las determinaciones del Órgano Interno de Control en el IMSS, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en el expediente laboral de AR, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. En el plazo de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación se deberá emitir una circular dirigida al personal médico de la Unidad de Medicina Familiar 52, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión que permitan garantizar la debida integración del expediente clínico, hecho lo anterior, se supervise durante un periodo de seis meses el cumplimiento de esas medidas a fin de garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales, remitiendo a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Diseñar e impartir en el plazo de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación un curso integral al personal médico de la Unidad de Medicina Familiar 52 del IMSS, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, así como sobre la atención a personas mayores e identificación y manejo de crisis hipertensivas, en particular de emergencias hipertensivas. El contenido del curso deberá estar disponible de forma electrónica y en línea, a fin de que pueda ser consultado con facilidad, y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. 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.

91. 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 personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

92. 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. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

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

94. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15 fracción X y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o, en sus recesos, a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia a efecto de que explique el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ