

RECOMENDACIÓN No. 36 /2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA EN AGRAVIO DE V1, PERSONA ADULTA MAYOR QUIEN FALLECIO A [REDACTED], Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN AGRAVIO DE QV, V1, V2 Y V3, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PETRÓLEOS MEXICANOS EN VILLAHERMOSA, TABASCO.

Ciudad de México, a 31 de agosto del 2021

ING. OCTAVIO ROMERO OROPEZA
DIRECTOR GENERAL DE PETRÓLEOS MEXICANOS

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, 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; 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2020/6421/Q**, sobre la atención médica brindada a V1, en el Hospital Regional de Petróleos Mexicanos en Villahermosa, Tabasco.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la información Pública; 1, 3, 9, 11, fracción VI, 16, y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, y 1, 6, 7, 16, 17, y 18 de la Ley General de Protección y Datos

Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Dicha información se pondrá en conocimiento de las autoridades recomendadas, 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 mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para las distintas personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

Denominación	Claves
Quejoso Víctima Indirecta	QV
Víctima	V
Victima Indirecta	VI
Autoridad Responsable	AR
Servidor Público	SP
Coronavirus SARS-COV2, que provoca la enfermedad "coronavirus 2019" ¹	COVID-19

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

¹ OMS. Los nombres de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) y del virus que la causa. Disponible en: [https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it).

Institución	Acrónimo
Petróleos Mexicanos	PEMEX
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Organización Mundial de la Salud.	OMS
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Hospital Regional de PEMEX en Villahermosa, Tabasco	HR-PEMEX

I. HECHOS.

5. El 3 de julio de 2020 aproximadamente a las 19:35 horas, V1 [REDACTED], fue trasladado por QV [REDACTED], acompañado de V2 y V3, al HR-PEMEX; por presentar [REDACTED] al llegar bajó V2 del vehículo en el que se transportaban, para solicitar atención médica de V1, en el “camper” acondicionado para la atención de personas infectadas de COVID-19 de ese nosocomio, sin embargo, advirtió que se encontraban otras personas en fila, esperando turno, por lo que tuvieron que permanecer alrededor de una hora, deteriorándose aún más la salud de su familiar, refiriéndoles al personal de ese sitio que no podía respirar, por lo cual V2 solicitó el auxilio de AR1, quien respondió que esperaran su turno.

6. 30 minutos después, AR1 acompañada de SP1, se acercó al vehículo donde se encontraba V1, para tomar su nivel de [REDACTED], [REDACTED] requiriendo QV, que se tomara la presión a su padre por ser [REDACTED] respondiendo AR1, que lo importante era conocer su saturación de oxígeno, además de indicar que en ese momento no había disponibilidad de camas, ni oxígeno, aunado

a que tenían que esperar a que ingresaran otras personas que habían arribado con anterioridad.

7. Por lo que QV, V1, V2 y V3 esperaron aproximadamente 15 minutos más, pero al no advertir que V1, pudiera ser ingresado, se retiraron del lugar, llevándoselo a otro hospital, en donde finalmente falleció al día siguiente [REDACTED].

8. Dicho evento fue dado a conocer a nivel nacional el [REDACTED]
[REDACTED]”.

9. Por los hechos narrados, el 10 de julio de 2020, QV presentó queja ante este Organismo Nacional iniciándose el expediente **CNDH/5/2020/6421/Q**, y a fin de que se realizara la investigación respectiva sobre violaciones a Derechos Humanos, por lo que se obtuvo el informe y copia del expediente clínico que remitió el HR-PEMEX, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

10. Escrito de queja, de 10 de julio de 2020, suscrito por QV, presentado ante este Organismo Nacional, en el que manifestó negligencia médica en agravio de V1, atribuible a personal adscrito al HR-PEMEX.

11. Oficio DJ-SCJ-GACP-278-2020 recibido el 29 de septiembre de 2020, a través del cual la Gerencia de Asuntos Consultivo y Patrimoniales de PEMEX remitió copia de la siguiente documentación:

11.1. Oficio DCAS-SSS-GSM-HRV-DIR-0762-2020 del 20 de julio de 2020, signado por la Dirección del HR-PEMEX, con el que da respuesta al oficio URPM-AQDI-1893-2020 del 15 de julio de 2020, signado por el Área de

Quejas, Denuncias e Investigación de la Unidad de Responsabilidad en Petróleos Mexicanos y al que adjuntó las siguientes constancias:

11.1.1. Listado del personal que se encontraba laborando en el Triage Respiratorio de 20:00 a 22:00 horas el 3 de julio de 2020, entre los que se encuentra AR1.

11.1.2. Nota de revisión del centro de atención cuadro respiratorio, suscrita por AR1, de las 21:24 horas del 3 de julio de 2020, con la que describió el estado de salud de V1, al momento de su revisión médica en el centro de atención de cuadro respiratorio.

11.1.3. Formato de revocación del consentimiento de ingreso a hospitalización sin nombre y firma de V1, del 3 de julio de 2020, suscrito por AR1 y SP1.

11.1.4. Nota informativa del 4 de julio de 2020, signada por AR1 y SP1, dirigida al supervisor médico, del HR-PEMEX, mediante la cual señalaron que el 3 de ese mismo mes y año le tomaron sus signos vitales a V1, quien reportó [REDACTED]

11.1.5. Relatoría del 8 de julio de 2020 sobre la atención medica brindada el 3 de ese mismo mes y año a V1 firmada por AR1, AR2, SP1 y SP2.

12. Acta circunstanciada de 23 de noviembre de 2020, elaborada por personal de este Organismo Nacional en la cual consta la notificación de la vista de informe a QV.

13. Oficio URPM-AQDI-5724-2020 recibido el 23 de diciembre de 2020, suscrito por el titular del Área de Quejas, Denuncias e Investigación en la Unidad de Responsabilidad en PEMEX, mediante el cual se informó que el Expediente Administrativo (EA) se inició el 7 de julio de 2020, derivado de un reporte del noticiero [REDACTED] en el que se mencionó que el 3 de julio de 2020 en el HR-

PEMEX en Villahermosa, Tabasco, no le brindaron atención médica a V1, mismo que fue archivado el 3 de agosto de 2020, por falta de elementos.

14. Correo electrónico recibido el 29 de diciembre de 2020, de la Gerencia de Asuntos Consultivos y Patrimoniales de PEMEX, al que se anexó, en archivo electrónico, copia de la siguiente documentación:

14.1. Oficio DCAS-SSS-GSM-HRV-DIR-1267-2020 del 23 de diciembre de 2020, firmado por AR2, a través del cual proporcionó información sobre la capacidad oficial del citado nosocomio 64 camas hospitalarias para la atención de pacientes con COVID-19, y 14 camas para terapia intensiva, para el número de personas atendidas en esa área el 3 de julio de 2020, así como datos del personal que se encontraba laborando en el triage respiratorio ese día, adjuntando también copia de los siguientes documentos:

14.1.1. Oficio DCAS-SSS-GSM-HRV-DIR-URGENCIAS-2020 del 7 de septiembre de 2020 firmado por AR1, con relación a la atención médica proporcionada a V1 el 3 de julio de 2020.

14.1.2. Copia del *“LINEAMIENTO PARA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL REGIONAL VILLAHERMOSA, DURANTE LA CONTINGENCIA DE COVID-19”*.

15. Oficio SS/HRAEDJGC/DG/UAJ/3066/2020 de 23 de diciembre de 2020, con el cual la Dirección del Hospital de Alta Especialidad “Dr. Juan Graham Casasus” en Villahermosa, adjuntó copia de los siguientes documentos:

15.1. Copia del informe de 18 de diciembre de 2020, rendido por el Subdirector Médico Adjunto del mencionado nosocomio, quien expuso los pormenores de la atención médica brindada a V1, el 4 de julio de 2020.

15.2. Copia del expediente clínico de V1 elaborado en la citada unidad médica, del que destacan las siguientes constancias:

15.2.1. Copia de historia clínica de 20 de agosto de 2020 de V1, suscrito por SP3.

15.2.2. Copia del certificado de defunción de V1, registrado bajo el folio número 200699149, emitido en el Hospital de Alta Especialidad “Dr. Juan Graham Casassus” en Villahermosa, Tabasco, el 4 de julio de 2020, en el que se estableció como causas de defunción [REDACTED] [REDACTED]”.

16. Dictamen médico, de 25 de enero de 2021, suscrito por un especialista de esta Comisión Nacional respecto del caso de V1, quien estableció que los servicios institucionales del HR-PEMEX, así como de AR1 y AR2, incurrieron en responsabilidad de tipo institucional que contribuyó al deterioro del estado de salud de V1 y en su posterior fallecimiento.

17. Acta circunstanciada de 24 de febrero de 2021, elaborada por personal de esta Comisión Nacional en la que se hizo constar la versión estenográfica del video transmitido por el programa noticias “[REDACTED]” por el portal de internet “youtube” en la que se informó la dilación en la atención médica de V1 en el HR-PEMEX.

18. Acta circunstanciada, de 31 de marzo de 2021, elaborada por personal de esta Comisión Nacional en la que se hizo constar una conversación telefónica sostenida con QV, quien señaló que con relación a la mala atención médica que V1 recibió por parte de personal médico adscrito al HR-PEMEX, no existe ninguna carpeta de investigación, ocasión en la que se le sugirió interpusiera la denuncia

correspondiente ante la agencia del Ministerio Público de la Federación más cercana a su domicilio.

19. Acta circunstanciada, de 9 de abril de 2021, elaborada por personal de este Organismo Nacional en la que se certificó una conversación telefónica sostenida con QV, ocasión en la que ofreció las testimoniales de V2 y V3.

20. Actas circunstanciadas, de 9 y 19 de abril y 31 de mayo todas del 2021, elaboradas por personal de este Organismo Nacional en las que se hizo constar los testimonios de V2 y V3 con relación a los hechos de queja, así como el ofrecimiento por parte de personal de esta Comisión Nacional, de una valoración psicológica para ellos.

21. Acta circunstanciada, de 24 de junio de 2021, elaborada por personal de este Organismo Nacional en la que se certificó el acompañamiento por parte de personal especializado de este Organismo Nacional al domicilio de V2 y V3 a fin de brindarles contención psicológica, y realizarles sus respectivas valoraciones psicológicas.

22. Opinión psicológica del 1 de julio de 2021, elaborada por un especialista de esta Comisión Nacional, a V2 y V3 en relación con los hechos en los que perdió la vida V1, en las que determinó que sí presentan alteraciones psicológicas derivados de la “negativa” de atención médica de AR1 adscrito al HR-PEMEX.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

23. El 10 de julio de 2020, QV interpuso queja ante este Organismo Nacional, por negligencia médica en contra de personal del HR-PEMEX en agravio de V1.

24. El 7 de julio de 2020, el Área de Quejas, Denuncias e Investigación de la Unidad de Responsabilidad en PEMEX en la Función Pública, radicó el EA, en el cual se emitió acuerdo de conclusión por falta de elementos el 3 de agosto de 2020.

25. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se tiene constancia alguna de que se hubiese iniciado carpeta de investigación relacionada con los hechos materia de la queja.

IV. OBSERVACIONES.

26. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/5/2020/6421/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 de 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 permiten acreditar la violación a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de V1, así como a la información en agravio de QV, V1, V2 y V3, por una responsabilidad institucional atribuible al HR-PEMEX, así como por la omisión del ingreso hospitalario por parte de AR1 y AR2, lo cual contribuyó al deterioro del estado de salud de V1 y, consecuentemente, su fallecimiento; lo anterior en razón de las consideraciones que se exponen a continuación:

Información confidencial: Persona fallecida con fundamento en la fracción I del artículo 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

A. Contexto de pandemia por “COVID-19”.

27. El 31 de diciembre de 2019, China informó a la OMS la detección de varios casos de neumonía de causa desconocida detectados en la Ciudad de Wuhan, provincia de Hubei.²

28. El 10 de enero de 2020, la OMS publicó orientaciones técnicas y recomendaciones para todos los países sobre cómo detectar, realizar pruebas de laboratorio, así como gestionar los posibles casos; ello, tomando como base la experiencia con el SARS y el MERS.³ El 30 de enero de 2020, el Director General de la OMS convocó al Comité de Emergencias, quien estableció que el brote cumplía los criterios para declararse como una ESPII (emergencia de salud pública de importancia internacional).

29. El 11 de febrero de 2020, el Comité Internacional de Taxonomía de los Virus (ICTV), nombró al virus responsable de la nueva enfermedad transmitida a humanos como “SARS-CoV-2” (coronavirus de tipo 2 que causa el síndrome respiratorio agudo severo). Por su parte, la OMS denominó a esa nueva enfermedad “COVID-19”. Lo anterior, se determinó de conformidad con directrices elaboradas en colaboración con la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO).⁴

30. El 11 de marzo de 2020, el Director General de la OMS estableció que la enfermedad “COVID-19” podría ser considerada como una pandemia. Asimismo, reiteró que los países debían de adoptar un enfoque basado en la participación de

² OMS. Preparación y respuesta ante emergencias, Neumonía de causa desconocida – China, 3 enero de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/es/>, CNDH, Recomendación 34/2020, párr. 50.

³ OMS. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS, Declaración, Centro de Prensa, OMS, 10 de enero de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>, CNDH, Recomendación 34/2020, párr. 51.

⁴ OMS. Los nombres de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) y del virus que la causa. Disponible en: [https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it). CNDH, Recomendación 34/2020, párr. 52.

todo el gobierno y de toda la sociedad, en torno a una estrategia integral dirigida a prevenir las infecciones, salvar vidas y reducir al mínimo sus efectos.⁵

31. En México, el Consejo de Salubridad, en sesión extraordinaria celebrada el 19 de marzo de 2020, acordó que se reconocía la epidemia por la enfermedad COVID19, como un padecimiento grave de atención prioritaria. Por ello, el 24 de ese mes y año la Secretaría de Salud publicó en el Diario Oficial de la Federación el *“Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el [Covid-19]”* y, el 31 de marzo de 2020 la Secretaría de Salud, declaró emergencia sanitaria a la epidemia de enfermedad generada por el mencionado virus.

32. Asimismo, el 6 de abril de 2020, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, emitió la Declaración sobre la Pandemia de COVID-19 y los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la cual determinó que: *“[...] se ha de respetar y proteger la dignidad inherente de todas las personas, y se debe dar prioridad a las obligaciones básicas mínimas impuestas por el Pacto. Para proteger los derechos económicos, sociales y culturales, especialmente los de los grupos más vulnerables, y que todos los Estados parte deben adoptar con carácter urgente medidas especiales y específicas, también mediante la cooperación internacional, para proteger y mitigar los efectos de la pandemia en grupos vulnerables como las personas mayores, [...]”*.⁶

⁵ OMS. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020, Discurso del Director General, OMS, 11 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-oncovid-19---11-march-2020>. CNDH. Recomendación 34/2020, párr. 53

⁶ Declaración sobre la pandemia de Covid-19 y los derechos económicos, sociales y culturales Declaración del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Punto 16. Disponible en: http://hchr.org.mx/images/doc_pub/Declaracin-sobre-la-pandemia-de-Covid-19-y-los-derechos-econmicossociales-y-culturales.pdf

33. Ante la pandemia, múltiples organismos internacionales de derechos humanos emitieron estándares para promover, proteger, respetar y garantizar los derechos humanos en el contexto de la COVID-19, tales como: *“COVID-19 y Derechos Humanos: Los Problemas y Desafíos deben ser abordados con Perspectiva de Derechos Humanos y Respetando las Obligaciones Internacionales”* por la CrIDH⁷ y las Resoluciones 1/2020 *“Pandemia y Derechos Humanos en las Américas”*⁸

34. En este sentido, México publicó seis acuerdos y un lineamiento por parte de PEMEX, en los que se establecen diversas medidas y acciones para hacer frente a la pandemia, entre otros, los siguientes:

Fecha	Autoridad que lo emitió	Documento
23 de marzo de 2020	Consejo de Salubridad General	Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) en México como una enfermedad grave de atención prioritaria, además de establecer las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia.
24 de marzo de 2020	Secretaría de Salud	Acuerdo por el que se establecen las medidas de 2020 Salud preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARSCoV2 (COVID-19).
Fecha	Autoridad que lo emitió	Documento
24 de marzo de 2020	Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos	Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID19).
30 de marzo de 2020	Consejo de Salubridad General	Acuerdo por el que se declara emergencia de 2020 Salubridad General sanitaria por causa de fuerza mayor a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19).
31 de marzo de 2020	Secretaría de Salud	Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2.

⁷ CrIDH. COVID-19 y Derechos Humanos: Los problemas y desafíos deben ser abordados con perspectiva de Derechos Humanos y respetando las obligaciones internacionales, San José, Costa Rica, OEA, declaración del 9 de abril de 2020. Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/tablas/alerta/comunicado/declaracion_1_20_ESP.pdf CNDH. Recomendación 34/2020, párr. 55.

⁸ CIDH. Pandemia y Derechos Humanos en las Américas, Resolución No. 1/2020, Washington, D.C., OEA, 10 de abril de 2020. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf> CNDH. Recomendación 34/2020, párr. 55.

Fecha	Autoridad que lo emitió	Documento
21 de abril de 2020	Secretaría de Salud	Acuerdo por el que se modifica el similar por el de 2020 Salud que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2, publicado el 31 de marzo de 2020.
2 de abril de 2020	PEMEX	Lineamiento para la Atención de Pacientes en el Servicio de Urgencias del Hospital Regional Villahermosa Durante Contingencia de COVID-19.

B. Situación de vulnerabilidad de las personas adultas mayores que padecen enfermedades crónicas.

35. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V1, se afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de adulto mayor, específicamente a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad, por tratarse de una [REDACTED], por lo que atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida, así considerada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal del HR-PEMEX.

36. 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.”*⁹ 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.

37. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que *“por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan*

⁹ 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; CNDH, Recomendación 26/2019, p. 24; CNDH, Recomendación 23/2020, p. 26. Y CNDH, Recomendación 52/2020 p. 9.

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.”¹⁰

38. Asimismo, el artículo 17, párrafo primero del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador"); los artículos 12.1 y 12.2 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 de "Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores"; los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, y la Declaración sobre los Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad establecen que los adultos mayores constituyen un grupo vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado, porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en una situación de desatención que son 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.

39. El citado artículo 17 del "Protocolo de San Salvador", en el rubro de "Protección a los Ancianos" señala que: *“Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad”*, por lo que *“... los Estados parte se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica...”*.

40. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas consideradas adultos mayores, el 25 de junio de 2002, se publicó en el *Diario Oficial* de la Federación, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en cuyo artículo 3, fracción I, se define que son: *“Personas adultas mayores: Aquéllas que cuentan con sesenta años o más de edad”*; y en el diverso 4,

¹⁰ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).

fracción V, dispone como principio rector del referido ordenamiento legal la atención preferente, considerada como *“...aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.”*

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

42. Adicionalmente, 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 vulnerabilidad.”*

43. A su vez, la OMS señala que las enfermedades crónicas son aquellas de *“larga duración y por lo general de progresión lenta”*.¹¹ Para dicho Organismo Internacional, las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor afectación son las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición.¹²

¹¹ OMS, *Enfermedades crónicas*. Disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

¹² OMS, *“Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa”*, Suiza, OMS, 2006, p. 8.

44. Esta Comisión Nacional ha documentado y acreditado varios casos de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida, en agravio de personas adultas mayores con enfermedades diabéticas, verificándose en la mayoría de estos el desarrollo de padecimientos en las que dicha enfermedad crónica era un factor de riesgo.¹³

45. En el presente caso, AR1 al momento de valorar el estado de salud de V1 el 3 de julio del 2020, debió tener en cuenta que se trataba de una persona en condición de especial vulnerabilidad, ya que era una [REDACTED], con [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] por tanto, dicha atención tenía que ser preferente, prioritaria e inmediata; contrario a ello, AR1 omitió ingresar de manera inmediata al HR-PEMEX a V1, contribuyendo junto con otros factores de riesgo a que [REDACTED] [REDACTED], como se describirá y analizará en el apartado siguiente.

C. Derecho a la Protección de la Salud.

46. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.¹⁴

47. Por su parte el numeral 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como “un

¹³ CNDH. Recomendaciones 52/2020, 35/2020, 23/2020, 16/2020, 8/2019; entre otras.

¹⁴ CNDH, Recomendación 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28

estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹⁵

48. El numeral primero de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que *“la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”*¹⁶

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

50. Esta Comisión Nacional ha reconocido que el derecho a la salud, también debe entenderse como una prerrogativa de exigir al Estado, un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud y que *“el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad”*.¹⁷

¹⁵ “Artículo 1o. Bis.- Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación.

¹⁶ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14.

¹⁷ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párr. 24.

51. En la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, ha señalado que: “ (...) *el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad*”. La protección a la salud “(...) *es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud.*” Se advirtió, además, que “*el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado*”.

52. En el presente asunto, se evidenció que aproximadamente a las 19:35 horas, de 3 de julio de 2020, V1 fue llevado por sus familiares QV, V2 y V3, al HR-PEMEX para que le brindaran atención por presentar [REDACTED]

[REDACTED]. [REDACTED]
[REDACTED]

53. A las 21:24 horas de ese mismo día, V1 fue revisado clínicamente por AR1 al interior del vehículo particular de QV, en el área del Camper 1 habilitada para cubrir la contingencia de COVID-19 ubicada en las afueras del HR-PEMEX, ocasión en la que AR1 señaló en su nota médica de ese día que: [REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]



56. Asimismo, indicó que el “*Lineamiento para la Atención de Pacientes por COVID-19*”¹⁸ de 14 de febrero de 2020, sugiere utilizar adicionalmente escalas para identificar la gravedad y el riesgo de mortalidad en pacientes con sospecha de infección, como por ejemplo NEWS (National Early Warning Score), que permitan a los médicos de cuidados críticos identificar y valorar tempranamente a los pacientes

19/42

críticamente enfermos, por lo tanto, al revisar los parámetros clínicos del paciente estadiados en la Escala de advertencia temprana (NEWS), incluida en el Lineamiento para la atención de pacientes en el Servicio de Urgencias del HR-PEMEX durante la contingencia de COVID-19, [REDACTED]

[REDACTED] en la cual debía ser evaluado por un equipo clínico en Terapia Intensiva pudiendo ser trasladado a un nivel más alto de cuidado.

57. También, la “*Guía de Práctica Clínica de Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer nivel*”¹⁹, establece que en toda atención médica deberá existir una escala de gravedad, que permita establecer una valoración clínica preliminar a todos los pacientes antes de establecer un diagnóstico y tratamiento en el servicio de Urgencias, conocido como Triage, el cual contribuye a que la atención otorgada al paciente sea eficaz, oportuna y adecuada, procurando con ello limitar el daño y las secuelas, y en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes sean tratados primero.

58. De igual forma, tanto en la citada Guía de Práctica Clínica, como en diversos artículos médicos se señala que los pacientes con compromiso de la vía respiratoria deberán ser referidos a la Unidad de Cuidados Intensivos desde el Servicio de Urgencias, donde se contará con personal calificado y con experiencia en la identificación y manejo de la insuficiencia respiratoria aguda, quienes decidirán

Información confidencial: **Condición de salud**, con fundamento en la fracción I del artículo 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

¹⁹México: Secretaría de Salud; 2008. Esta Guía puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

intubar o no a estos pacientes siguiendo guías y protocolos. Una vez intubado, se enviará a alguna otra área hospitalaria.²⁰

59. Como es de observarse, existieron dos argumentaciones diferentes, por una parte, AR1 mencionó en su nota médica de la valoración clínica que le efectuó a V1 el 03 de julio de 2020 a las 21:24 horas, y en la que señaló lo siguiente: "...[REDACTED]"; y por otra parte, lo referido en la grabación de imagen noticias, así como los testimonios rendidos por V2 y V3, quienes indicaron, entre otras cosas, que AR1 no tomó los signos vitales que plasmó en dicha nota a su familiar, a pesar de que QV, le insistió en que revisara su presión arterial, toda vez que V1 [REDACTED], aunado a que también AR1, les manifestó que: "...*el hospital ya está saturado*", lo cual se robustece con el informe del 14 de diciembre de 2020 suscrito por AR2, quien señaló que el HR-PEMEX, se encontraba ese día: "...*sin camas disponibles en Unidad de Terapia Intensiva ...*".

60. Por ello, ante los dos supuestos, la especialista de esta Comisión Nacional concluyó que desde el punto de vista médico legal, es posible establecer que existió responsabilidad por parte de AR1, al no haber realizado una adecuada valoración de V1, lo cual llevó como consecuencia una dilación en su ingreso hospitalario, ya que al tratarse de un paciente con prioridad de atención por su condición de vulnerabilidad, [REDACTED] a efecto de recibir la atención médica oportuna y eficaz, para la sintomatología que presentaba,

²⁰ Elizalde González, José J. Neumonía atípica y COVID-19 durante la pandemia. A propósito de casos manejados exitosamente a domicilio. Revista de Medicina Crítica, 2020. Páginas 78-82.

²¹ Aumento de la frecuencia cardíaca.

²² Aumento de la frecuencia respiratoria.

incumpliendo con lo establecido en la “*Guía de Práctica Clínica de Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer nivel*”, los “*Lineamientos para la atención de pacientes por COVID-19*” y la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, para la “*Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos*”.

61. Por tanto, en el entendido de que el ingreso hospitalario de V1 podría prolongarse debido a sobrepoblación hospitalaria y falta de insumos, AR1 omitió informar sobre esa situación a V1, QV, V2 y V3, y junto con AR2, director del HR-PEMEX, realizar las acciones urgentes para referir a V1 a otra Unidad Médica que contara en ese momento con la capacidad de hospitalización e insumos necesarios para su atención médica, tal como lo establece el artículo 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, incurriendo en responsabilidad médica por omisión a dicho ordenamiento, lo que contribuyó junto con otros factores de riesgo [REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED].

62. Por último, se debe mencionar que la atención médica que recibió V1 el 04 de julio de 2020 por parte de SP3 en el Hospital de Alta Especialidad “Dr. Juan Graham Casasus” en Villahermosa, Tabasco fue la indicada y adecuada, no incurriendo en responsabilidad médica alguna toda vez que le fueron brindados todos los recursos médicos a pesar de su deteriorado estado de salud.

63. De las irregularidades descritas y analizadas se concluye que AR1 y AR2, transgredieron 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 V1, tutelado en los artículos 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 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); y lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, debido a la dilación en el ingreso hospitalario y al omitir referirlo en forma urgente a otra institución de salud que si contara con los recursos físicos, tecnológicos y humanos para asegurar su manejo y tratamiento médico en virtud de que V se trataba de un paciente con prioridad de atención y tratamiento médico oportuno a su padecimiento a fin de evitar los hechos materia de la presente Recomendación; con lo que se impidió garantizar con efectividad a V1 su derecho a la protección a la salud.

D. Derecho a la vida.

64. Ahora bien, al delimitarse las responsabilidades derivadas de la negligencia, descritas en los párrafos que anteceden, esta mermó el acceso a una atención médica oportuna que agotara todas las posibilidades para que no continuara el deterioro del estado de la salud de V1, trayendo como desenlace su posterior fallecimiento.

65. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los 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, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y el artículo 29, segundo párrafo de la Constitución

Política de los Estados Unidos Mexicanos, que dispone no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida, por lo que le corresponde al Estado, a través de sus instituciones, respetarlo protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

66. La CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ya que de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. En razón de dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio²³, entendiéndose con ello que, los derechos a la vida y a la integridad personal se encuentran vinculados con la salud y la prerrogativa de la protección de la misma.

67. Por su parte, la SCJN ha determinado que “el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja [...] no sólo prohíbe la privación de la vida [...] también exige [...] la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, así como adoptar medidas positivas para preservar ese derecho [...] existe transgresión del 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...”.²⁴

68. Este Organismo Nacional ha sostenido que *“existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional [...] a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica*

²³ CrIDH, “Caso González y otras (Campo Algodonero) Vs. México”, sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232

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

*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”.*²⁷

69. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1, por AR1 y AR2 del HR-PEMEX, también son el soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida.

70. Ahora bien, al concretar las responsabilidades derivadas de la dilación, descritas en los apartados que anteceden, se observó, además, que AR1 desplegó conductas que impidieron el acceso a una atención médica eficaz, oportuna y adecuada del padecimiento de COVID-19 cursado por V1, durante el tiempo que estuvo en espera de valoración, al omitir su ingreso de manera prioritaria al área de terapia intensiva, por tratarse de un paciente con sospecha de SARS-COV-2 en el cual existía compromiso de vía aérea por los valores de saturación [REDACTED] [REDACTED] por lo que se trataba de un paciente con prioridad de atención y tratamiento médicos, tal y como lo establecen la Guía de Práctica Clínica de Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel, Lineamiento para la Atención de Pacientes por COVID-19 y la Norma Oficial Mexicana 025-SSA3-2013 “para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos”, tomando en cuenta sus condiciones de comorbilidad y estado de salud. [REDACTED] [REDACTED]

71. De igual forma, al no referir AR1 y AR2 de forma urgente a V1 a otra Institución de salud que, si contara con los recursos físicos, tecnológicos y humanos para asegurar su manejo y tratamiento médico, tal y como lo establece los artículos 26 y 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios

de Atención Médica, [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

72. Además, AR1 y AR2 incumplieron con lo dispuesto en el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud que dispone: *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)”* en concordancia con la fracción II del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica: *“CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)”*.

73. En el presente caso, AR1 y AR2 omitieron considerar el estado integral de salud de V1, a quien, al no haber agotado los medios correspondientes, ya indicados en el cuerpo de la presente Recomendación, incurrió en una falta de atención médica adecuada y oportuna al tratarse de un paciente [REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED] que presentaba, que en el caso ameritaba su ingreso al área de cuidados intensivos que le permitiera una evolución por un equipo clínico en terapia intensiva pudiendo ser traslado a un nivel más alto de cuidado; lo anterior, a fin de que se le pudiera continuar brindado el tratamiento oportuno para la atención del problema de salud que cursaba; sin embargo, el padecimiento evolucionó, contribuyendo en su [REDACTED]
[REDACTED].

E. Derecho de acceso a la información en materia de salud en agravio de V1, QV, V2 y V3.

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

75. 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 de la persona prestadora de servicio de salud.²⁵

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

77. Por otra parte, se debe considerar que la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico 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;*

²⁵ CNDH. Recomendaciones: 45/2020, párr. 88; 44/2020, párr. 61; 43/2020, párr. 68; 42/2020, párr. 58 entre otras.

además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”

78. Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”*²⁶

79. También se ha establecido en diversas recomendaciones que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.²⁷

80. Esta Comisión Nacional, ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, en la que se describe la obligación de las personas prestadoras de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del o la paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias

²⁶ CNDH. Recomendación General del 31 de enero de 2017, p. 35

²⁷ CNDH. Recomendaciones 45/2020, párr. 93; 44/2020, párr. 64; 43/2020, párr. 72; 42/2020, párr. 62

del cumplimiento de esa obligación, como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29/2017, así como en diversas Recomendaciones, entre otras, la 44/2020, 45/2020, entre otras.

81. En el caso particular, el especialista médico de este Organismo Nacional advirtió la inadecuada integración del expediente clínico de V1 en el HR-PEMEX, al verificarse que en el formato de revocación del consentimiento de ingreso de hospitalización de 3 de julio de 2020, elaborado por AR1, no consta el nombre y firma autógrafa de V1 o de QV, como el mismo documento lo solicita, lo cual es contrario a lo establecido por el artículo 79 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios y Atención Médica, y de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, en su numeral 10.2.3.

82. Por lo anterior, se advierte que AR1 mencionó que V1 tenía ingreso a terapia intensiva y que los familiares no aceptaron a firmar revocación de hospitalización, situación que se contrapone con lo plasmado en la nota informativa del 4 de ese mismo mes y año, suscrita por AR1 y en la que éste asentó: “ *...se le informó a los familiares que debería [REDACTED]posterior al traslado de los pacientes que ya se encontraban [REDACTED] [REDACTED]*”; que al estar realizando el trámite, SP1 le avisó que: “*los familiares decidieron llevarse al paciente*”; no obstante, se desprende que de las constancias que se allegó este Organismo Nacional y con base a los testimonios de V2 y V3, así como lo referido en la grabación de imagen noticias, V1 no tenía autorizado el ingreso a la unidad de terapia intensiva, ya que no había ningún trámite previamente autorizado por V1 o QV y V2, es así que, no se acreditó que los familiares se hubieran negado a firmar la revocación de hospitalización.



83. La Resolución 40/34 de 29 de noviembre de 1985 aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, relativa a la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso del Poder, establece que “las víctimas serán tratadas con compasión y respeto por su dignidad. Tendrán derecho al acceso a los mecanismos de la justicia y a una pronta reparación del daño que hayan sufrido, según lo dispuesto en la legislación nacional”.

85. Para efecto de establecer el grado de afectación y sufrimiento de V2 y V3, derivado de lo señalado en párrafos anteriores, a través de las opiniones psicológicas, personal especializado de esta Comisión Nacional determinó que ambas víctimas, sí presentan alteraciones psicológicas derivados de la “*negativa*” de atención médica de AR1 adscrito al HR-PEMEX; de tal manera que V2 y V3, ■■■■

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

G. Responsabilidad.

G.1. Responsabilidad Institucional.

86. Además de las responsabilidades en que incurrieron AR1 y AR2, mismas que se analizaron con antelación, esta Comisión Nacional observó que en el HR-PEMEX, prevaleció una problemática que desarrolló y propició una violación a Derechos Humanos a la protección de la salud y a la vida de V1, dando lugar a responsabilidad de tipo institucional.

87. En el entendido de que el ingreso hospitalario de V1 podría prolongarse debido a sobrepoblación hospitalaria y falta de insumos como el oxígeno, AR1 omitió informar sobre esa situación a V1, QV, V2 y V3, y junto con AR2 realizar las acciones urgentes para referirlo a otra Unidad Médica que contara en ese momento con la capacidad de hospitalización e insumos necesarios para su atención médica, tal como lo establece el artículo 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, incurriendo en responsabilidad médica por omisión a dicho ordenamiento, lo que contribuyó junto con otros factores de riesgo ([REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

88. Al respecto, en el dictamen médico de este Organismo Nacional se precisó que, de conformidad con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, *“en los establecimientos de atención médica, deberá contarse con personal suficiente e idóneo, así como con recursos físicos, tecnológicos y humanos”* (artículos 21 y 26).

89. En el mismo sentido, dicho Reglamento en su artículo 74, prevé que: “...*cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución que asegure su tratamiento y que estará obligado a recibirlo...*”. Con lo anterior, se puede establecer desde el punto de vista médico-legal existió una responsabilidad de tipo institucional por inobservancia al citado Reglamento, al no efectuarse la referencia de V1 a otra Unidad Médica que contara en ese momento con la capacidad de hospitalización e insumos necesarios para su atención médica.

90. Este Organismo Nacional encuentra un claro nexo entre la violación al derecho humano a la protección de la salud de V1, y las irregularidades señaladas en el párrafo precedente, debido a la omisión por parte de PEMEX de dotar al HR-PEMEX, del espacio e insumos suficientes para enfrentar las necesidades con las que se encontró V1, por el contexto de COVID-19, y que, en este caso, provocó negligencia en el tratamiento oportuno para atenderla.

91. Por tanto, la falta de espacio e insumos para el tratamiento del COVID-19, implicó responsabilidad institucional para PEMEX, ya que contravino los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, pues no se garantizó una atención médica profesional de calidad para V1, acorde con lo previsto en el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que establece que los pacientes tienen derecho a recibir una atención médica de calidad, debiendo ser profesional, éticamente responsable y con apego a los estándares de calidad vigentes.

G.2. Responsabilidad de servidores públicos.

92. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1 y AR2 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, consistentes en violación al derecho a la protección de la salud y a la vida, ya que no realizaron los

actos necesarios para la referencia de V1 a otra Unidad Médica que contara en ese momento con la capacidad de hospitalización e insumos necesarios para su atención médica, ello con independencia del cúmulo de factores que implicaron un deterioro gradual de su salud y posterior fallecimiento.

93. También quedó acreditado que V2 y V3, presentan [REDACTED] [REDACTED]” de atención médica de AR1 adscrito al HR-PEMEX, ya que únicamente le tomó los niveles de oxigenación a V1, en [REDACTED] y no efectuó las acciones urgentes para brindar atención médica a V1; de tal manera que V2 y V3, [REDACTED], [REDACTED] [REDACTED].

94. Por lo anterior, se tiene evidenciado que AR1 y AR2 incumplieron con las obligaciones previstas en el artículo 49, fracción I de la Ley General de **Responsabilidades** Administrativas, que dispone que los servidores públicos deben *“Cumplir con las funciones, atribuciones y comisiones encomendadas, observando en su desempeño disciplina y respeto, tanto a los demás Servidores Públicos como a los particulares con los que llegare a tratar, en los términos que se establezcan en el código de ética a que se refiere el artículo 16²⁸ de esta Ley.”*

95. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1 y AR2, evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, de conformidad con lo previsto en la normatividad aplicable, dado que todos los servidores públicos deben observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y

²⁸ Artículo 16. Los Servidores Públicos deberán observar el código de ética que al efecto sea emitido por las Secretarías o los Órganos internos de control, conforme a los lineamientos que emita el Sistema Nacional Anticorrupción, para que en su actuación impere una conducta digna que responda a las necesidades de la sociedad y que oriente su desempeño. El código de ética a que se refiere el párrafo anterior deberá hacerse del conocimiento de los Servidores Públicos de la dependencia o entidad de que se trate, así como darle la máxima publicidad.

eficiencia, y para la efectiva aplicación de dichos principios, también deben de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público. 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 del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

96. 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 la Unidad de Responsabilidades en Petróleos Mexicanos, con motivo de las omisiones antes descritas en el cuerpo de la presente Recomendación en agravio de V1, QV, V2 y V3, para que se inicie e integre el procedimiento de responsabilidad administrativo que corresponda.

H. Reparación integral del daño.

97. 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 las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

98. 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 demás normatividad aplicable al caso en concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y, en consecuencia el derecho a la vida de V1, se deberá inscribir a QV, V2, V3, VI1 y VI2, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

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

hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

100. Asimismo, Petróleos Mexicanos, deberá solicitar a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas la asesoría técnico jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de QV, V2, V3, VI1 y VI2, así como a quienes acrediten el derecho, para que dicha Empresa Paraestatal realice el pago por concepto de las violaciones a derechos humanos que fueron objeto por parte del personal del HR-PEMEX, de conformidad con los artículos 81 y 89 de la Ley General de Víctimas.

a) Medidas de Rehabilitación.

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

102. En el presente caso, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de conformidad con la Ley General de Víctimas, PEMEX deberá proporcionar a QV, V2, V3, VI1 y VI2, la atención médica y psicológica que requieran, en específico de V2 y V3, hasta su recuperación psíquica y emocional relacionado a las acciones y omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado, atendiendo a sus necesidades.

103. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara

y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos, en caso de ser requeridos, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de Compensación.

104. Las medidas de compensación establecidas en los artículos 27, fracción III y 64, de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño **inmaterial**, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) *tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia*”.²⁹

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

106. Para tal efecto, PEMEX en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a QV, V2, V3, VI1 y VI2, por las acciones y omisiones que derivó en el fallecimiento de V1, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones, hecho lo cual, se deberán remitir las constancias con

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

que se acredite su cumplimiento, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

c) Medidas de Satisfacción.

107. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante el inicio de las investigaciones penales y administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

108. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas a Petróleos Mexicanos colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la queja que este Organismo Nacional presente en la Unidad de Responsabilidades en Petróleos Mexicanos, así como el trámite y seguimiento de la denuncia que se interponga en la Fiscalía General de la República, en contra de las personas servidoras públicas responsables referidas en la presente Recomendación.

109. Por lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero y cuarto, se deberá informar las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

d) Medidas de no repetición

110. Las garantías de no repetición establecidas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, consisten en implementar las medidas que sean necesarias, a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y, de esta forma, contribuir a su prevención, por ello el Estado debe adoptar todas las medidas legales, administrativas y de otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos humanos de las personas.

111. Para tal efecto, las autoridades de PEMEX deberán implementar un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías de Práctica Clínica citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico y administrativo del HR-PEMEX, en particular a AR1 y AR2 y además, estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

112. Asimismo, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas de PEMEX en Tabasco, particularmente del HR-PEMEX, en la que se contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, y con ello se garantice que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, supervisándose durante un periodo de seis meses el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten, remitiendo a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio quinto.

113. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se permite formular respetuosamente a usted, señor Director General de PEMEX, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, la autoridad recomendada procederá a la reparación integral por los daños causados a QV, V2, V3, VI1 y VI2, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la inadecuada atención médica que derivó en el [REDACTED] de V1, en términos de la Ley General de Víctimas, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, y se

envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se otorgue atención médica y psicológica que requieran QV, V2, V3, VI1 y VI2, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua hasta que alcancen su recuperación psíquica y emocional, en específico de V2 y V3, atendiendo a su edad y necesidades, así como proveerles de los medicamentos convenientes a su situación de QV, V2, V3, VI1 y VI2. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento, hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore en la presentación y seguimiento de la queja que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1 y AR2, en la Unidad de Responsabilidades en Petróleos Mexicanos, por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación, y se remitan en su oportunidad las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se colabore en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional presente ante la propia Fiscalía General de la República, y se inicie la carpeta de investigación respectiva en contra de AR1 y AR2, personal médico y directivo adscritos al HR-PEMEX, responsables de la atención médica de V1, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses, 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 relacionados con el derecho de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la Norma Oficial Mexicana y

las Guías de Práctica Clínica citadas en esta Recomendación, a todo el personal médico del HR-PEMEX, en particular a AR1 y AR2, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; hecho lo anterior, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas de PEMEX en Tabasco, particularmente del HR-PEMEX, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se supervise durante un periodo de seis meses, el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten, con objeto de garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento.

SÉPTIMA. Designar 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.

114. 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 la conducta irregular cometida por servidor público en el ejercicio de las facultades que expresamente le confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

115. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

116. 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.

117. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, éstos deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X y 46, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos humanos, este Organismo Nacional 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.

PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA