



SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y AL TRATO DIGNO DE V COMO PERSONA ADULTA MAYOR CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES O CRÓNICAS DEGENERATIVAS, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI, VI1, VI2 Y VI3 POR PERSONAL MÉDICO DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 31 de octubre de 2023

**DR. PEDRO MARIO ZENTENO SANTAELLA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

Apreciable director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1o., párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 26, 41, 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2021/524/Q**, relacionado con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6o., apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4, párrafo segundo



de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero, y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9, 11 fracción VI, 16, 113, fracción I y párrafo último, así como 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 1, 6, 7, 16, 17 y 18, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso 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
Víctima	V
Persona Quejosa Víctima Indirecta	QVI
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

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



Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Centro Médico Nacional “20 de noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	CMN “20 de noviembre”
Centro Médico Nacional “Siglo XXI” del Instituto Mexicano del Seguro Social	CMN “Siglo XXI”
Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social	Comisión Bipartita
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV, Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Constitución Política
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Emergencia de salud pública de importancia internacional	ESPII
Fiscalía General de la República	FGR
Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía adquirida en la Comunidad.	GPC-Neumonía
Guía de Referencia Rápida, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto	GRR-Sepsis y Choque Séptico
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE



Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Ley General de Salud	LGS
Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de enfermedad por 2019-NCOV, emitido el 7 de febrero de 2020	Lineamiento-COVID19
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.	NOM-UCI
Organización Mundial de la Salud	OMS
Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social	OIC-IMSS
Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	OIC-ISSSTE
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	“Protocolo de San Salvador”
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Reglamento IMSS
Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Reglamento ISSSTE



Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Secretaría de Salud Federal	SSA
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Unidad de Cuidados Intensivos	UCI

I. HECHOS

5. El 27 de diciembre de 2020, QVI formuló queja ante este Organismo Nacional en la que manifestó que el 25 de marzo de ese año, su familiar V, se encontraba internado en el CMN “20 de noviembre” con pronóstico “grave” y el diagnóstico de “*neumonía de la comunidad negativo a COVID-19*”; sin embargo, previa aceptación, decidió trasladarlo al CMN “Siglo XXI” para continuar con su atención médica.

6. Al llegar al CMN “Siglo XXI” el personal de la ambulancia que lo trasladó inició su preparación para ingresar a V al área de admisión continua; no obstante, un médico les indicó que requería el reporte de “*PCR Coronavirus*” para proceder a su aceptación, aun cuando en el resumen clínico del CMN “20 de noviembre” decía “*resultado negativo*”.

7. QVI precisó que el estado de salud de V era grave, debido a que se encontraba con ventilador mecánico portátil¹ de traslado con infusión de vasopresor;² sin

¹ Los ventiladores mecánicos son aparatos que funcionan como fuelles para permitir que el aire entre y salga de los pulmones.

² Los vasopresores actúan sobre los vasos sanguíneos, produciendo vasoconstricción y aumentando así la resistencia vascular periférica, lo que a su vez aumenta la presión arterial. Además, algunos



embargo, un médico únicamente le permitió al personal de enfermería que le colocaran un monitor y posteriormente le practicaran laboratoriales de control y una gasometría,³ estudios que sirvieron de base para establecer el diagnóstico de “acidosis respiratoria descompensada”.⁴

8. Ante la falta de atención clínica, QVI solicitó el mismo 25 de marzo de 2020, el alta médica de V del CMN “Siglo XXI” para trasladarlo al Hospital Privado, en donde falleció el **Fecha**, con causas de muerte: choque séptico⁵ y neumonía.⁶

9. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente **CNDH/1/2021/524/Q**, y a fin de documentar las posibles violaciones a derechos humanos de V, se solicitó diversa información al ISSSTE y al IMSS, entre ella, copia de sus expedientes clínicos e informes de la atención médica brindada en el CMN “20 de noviembre” y en el CMN “Siglo XXI”, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

vasopresores también pueden aumentar la frecuencia cardíaca y la fuerza de contracción del corazón

³ Una prueba de gasometría arterial mide la cantidad de oxígeno y dióxido de carbono en la sangre.

⁴ La acidosis respiratoria es una afección que ocurre cuando los pulmones no pueden eliminar todo el dióxido de carbono producido por su cuerpo. Esto hace que la sangre y otros líquidos del cuerpo se vuelvan demasiado ácidos.

⁵ Es una afección grave que se produce cuando una infección en todo el cuerpo lleva a que se presente presión arterial baja peligrosa.

⁶ La neumonía es una infección que afecta un pulmón o los dos. Hace que los sacos de aire, o alvéolos, de los pulmones se llenen de líquido o pus.



II. EVIDENCIAS

10. Queja presentada en línea del 27 de diciembre de 2020, por QVI ante esta Comisión Nacional, en el que manifestó su inconformidad con el personal médico adscrito al CMN “20 de noviembre” y al CMN “Siglo XXI”, quienes no le otorgaron una atención médica adecuada con calidad y calidez a su familiar V, situación por la que decidió trasladarlo al Hospital Privado, en donde lamentablemente falleció.

11. Correo electrónico recibido en esta CNDH el 22 de enero de 2021, por el cual QVI informó que los hechos motivo de su inconformidad ocurrieron el 25 de marzo de 2020; asimismo, anexó copia del acta de defunción de V, que señala como causas de muerte: **condición de salud**.

12. Acta Circunstanciada del 3 de febrero de 2021, en la que se hizo constar la solicitud a QVI para que facilitara a este Organismo Nacional, un resumen de la atención médica que se proporcionó a V en el Hospital Privado.

13. Correo electrónico recibido en este Organismo Nacional el 9 de marzo de 2021, mediante el cual el IMSS remitió el expediente clínico de V, integrado en el CMN “Siglo XXI” del cual se destaca lo siguiente:

13.1. Hoja de clasificación de pacientes (Triage) de 25 de marzo de 2020 a las 19:22 horas, en la que se asentó que V procedía del CMN “20 de noviembre” e ingresaba al servicio de UCI.

13.2. Nota inicial de Admisión Continua de 25 de marzo de 2020 a las 19:45 horas, en la que PSP7, adscrito al servicio de Urgencias, quien lo encontró



con sedación, dependiente de ventilación mecánica de traslado, saturación al 93% y proceso neumónico, con alto riesgo de morbilidad del 95% por SOFA⁷ de 12 puntos y estableció los diagnósticos de *“neumonía bacteriana no especificada, neumonía adquirida en la comunidad, síndrome de insuficiencia respiratoria aguda grave⁸ y diabetes mellitus tipo II⁹ con hiperglucemia”*.¹⁰

14. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/1491-1/21 recibido en esta CNDH el 7 de abril de 2021, mediante el cual el ISSSTE remitió el expediente clínico de V, integrado en el CMN “20 de noviembre” del cual se destaca lo siguiente:

14.1. Historia clínica de V, elaborada por el servicio de Medicina Interna, en la que se indican como antecedentes **condición de salud**

[REDACTED]

14.2. Carta de consentimiento bajo información del 21 de marzo de 2020, suscrita por QVI como familiar responsable de V.

⁷ La escala SOFA (Acute Organ System Failure) es un sistema sencillo para identificar la disfunción o fracaso de órganos fundamentales.

⁸ Es una afección pulmonar potencialmente mortal que impide la llegada de suficiente oxígeno a los pulmones y a la sangre.

⁹ Afección crónica que afecta la manera en la que el cuerpo procesa el azúcar en sangre (glucosa). En la diabetes tipo II, el cuerpo de la persona no produce suficiente insulina o es resistente a la insulina.

¹⁰ Niveles altos de azúcar en la sangre.

¹¹ Tipo de daño neurológico que puede ocurrir como consecuencia de la diabetes. Esta enfermedad suele afectar con mayor frecuencia a las piernas y los pies.

¹² Exceso de producción de una hormona de la glándula con forma de mariposa ubicada en el cuello (tiroides).

¹³ Afección en la que la glándula tiroides no produce suficiente hormona tiroidea.

¹⁴ Inflamación de un disco intervertebral o espacio discal lo que puede producir erosión del disco.



14.3. Informe de indicaciones médicas del 21 de marzo de 2020 a las 17:29 horas, en el que PSP1, adscrito al servicio de Urgencias, asentó la solicitud de laboratoriales, radiografía de tórax y valoración por el área de Medicina Interna.

14.4. Nota de Admisión Continua del 21 de marzo de 2020 a las 17:55 horas, suscrita por PSP1, en la que asentó que V cursaba descontrol glucémico y cuadro de neumonía por lo que solicitó paraclínicos de gabinete y valoración por Medicina Interna.

14.5. Nota de evolución del 21 de marzo de 2020 a las 19:10 horas, en la que AR1, adscrito al servicio de Medicina Interna, reportó a V a la exploración física con presión baja, frecuencia cardíaca en los límites superiores normales de 100 latidos por minuto, aumento de la frecuencia respiratoria, con tendencia al deterioro clínico y respiratorio por desaturación a 73%, tórax con ruido normal a la inspiración y expiración.

14.6. Nota de Admisión Continua del 21 de marzo de 2020 a las 21:51 horas, en la que AR2, adscrita al servicio de Urgencias, reportó a V con presión baja, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, taquicardia de 111 latidos por minutos, tórax con movimientos de amplexión y amplexación adecuados, ruido opaco, aumento de las vibraciones vocales, desequilibrio hidroelectrolítico y diabetes mellitus tipo II descontrolada.

14.7. Nota de evolución del 22 de marzo de 2020 a las 07:46 horas, en la que AR3, adscrita al servicio de Medicina Interna, reportó a V con taquicardia,



taquipnea y desaturación de oxígeno al 82%, y asentó la solicitud de que se le practicara una prueba diagnóstica para COVID-19.

14.8. Nota de evolución del 23 de marzo de 2020 a las 12:14 horas, en la que PSP2, adscrito al servicio de Medicina Interna, reportó a V con cuadro respiratorio rápidamente progresivo, datos de insuficiencia respiratoria, saturación de oxígeno al 91% con apoyo suplementario, síndrome de condensación pulmonar¹⁵ y síndrome de derrame pleural derecho.¹⁶

14.9. Solicitud de interconsulta al servicio de UCI del 23 de marzo de 2020, por presentar V el diagnóstico de neumonía atípica rápidamente progresiva e insuficiencia respiratoria aguda tipo I.

14.10. Nota de evolución del 23 de marzo de 2020 a las 22:36 horas, en la que PSP3, adscrito al servicio de Medicina Interna, asentó que se llegó a un acuerdo con QVI para mantener a V en observación por 24 horas.

14.11. Nota de evolución del 24 de marzo de 2020 a las 14:12 horas, en la que AR3 reportó a V con dificultad para respirar, presión baja, taquicardia, taquipnea,¹⁷ saturación de oxígeno de 94% con mascarilla reservorio, síndrome de condensación pulmonar apical, síndrome de derrame pleural y descontrol metabólico con elevaciones de glucemia.

¹⁵ Condensación pulmonar es la falta completa o la disminución absoluta o relativa del aire pulmonar, en comparación con la masa sólida de su parénquima. Al estado de condensación pulmonar se puede llegar por diferentes mecanismos: por lesión de vías, por proceso inflamatorio parenquimatoso y por compresión pulmonar.

¹⁶ Acumulación de líquido entre los tejidos que recubren los pulmones y el tórax.

¹⁷ Respiración anormalmente rápida y, a menudo, poco profunda.



14.12. Informe de indicaciones médicas del 24 de marzo de 2020, en la que AR3 estableció como medidas generales a favor de V: cuidados generales de enfermería, signos vitales cada 2 horas, monitor multiparámetro continuo, glucometría capilar cada cuatro horas con esquema de insulina y cuantificar orina en mililitros.

14.13. Nota de enfermería del 25 de marzo de 2020, en la que PSP4 y PSP5, enfermeras adscritas al servicio de Medicina Interna, asentaron que a las 11:00 horas debido al deterioro clínico respiratorio con desaturación de oxígeno de V, se decidió intubación orotraqueal que mejoró la saturación a un 83%, mientras que a las 16:00 horas fue valorado por personal médico de Terapia Intensiva.

14.14. Hoja de egreso hospitalario de 25 de marzo de 2020, en la que PSP6, adscrito al servicio de Medicina Interna, asentó que QVI solicitó el traslado de V a otra unidad para su manejo clínico, por lo que se otorgó el alta del paciente a petición de su familiar.

14.15. Hoja de alta de 25 de marzo de 2020, en la que se asentó que por así convenir a los intereses de QVI solicitó el alta voluntaria de V.

15. Acta Circunstanciada del 3 de mayo de 2021, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la comunicación telefónica sostenida con QVI, a quien se le informó el trámite de su expediente e indicó que en el IMSS “*le entregaron varios documentos*” que remitiría por correo electrónico.



16. Correo electrónico recibido en esta CNDH el 4 de mayo de 2021, por el cual QVI indicó no haber firmado el alta voluntaria de V del CMN “Siglo XXI” y remitió copia de la nota inicial de admisión continua de 25 de marzo de 2020, en la que PSP7 asentó a las 20:50 horas *“paciente no aceptado a traslado P.O.S. suspender indicaciones por nuestro servicio”*.

17. Acta Circunstanciada del 25 de mayo de 2021, en la que personal de este Organismo Nacional asentó haber reiterado a QVI la solicitud de que proporcionara las constancias relativas a la atención médica que se otorgó a V en el Hospital Privado.

18. Correo electrónico recibido en esta Comisión Nacional el 22 de octubre de 2021, en el que personal del IMSS informó que con motivo de la queja presentada por QVI a favor de V, en términos del Instructivo para el Trámite y Resolución de Quejas Administrativas ante el IMSS se inició el Expediente A, en el cual el 29 de junio de ese año, la Comisión Bipartita emitió un acuerdo que determinó la queja como improcedente desde el punto de vista médico.

19. Opinión Médica del 27 de junio de 2022, en la que personal de esta Comisión Nacional concluyó que la atención médica brindada a V en el CMN “20 de noviembre” fue inadecuada y existieron omisiones a la NOM-Del Expediente Clínico, por lo que hace al seguimiento clínico otorgado en el CMN “Siglo XXI” el 25 de marzo de 2020, fue correcto.

20. Acta Circunstanciada del 13 de septiembre de 2022, en la que se asentó que personal de esta CNDH informó a QVI las conclusiones de la Opinión Médica, a lo que manifestó que su queja inicial fue en contra de la atención proporcionada a V



en el CMN “Siglo XXI”; sin embargo, consultaría con su familiar VI1 continuar con el trámite del expediente CNDH/1/2021/524/Q.

21. Correo electrónico recibido en esta Comisión Nacional el 14 de septiembre de 2022, a través del cual QVI informó su deseo de continuar con la investigación de su queja por lo que hace a la atención médica otorgada a V en el CMN “20 de noviembre” y solicitó que esta CNDH emitiera las recomendaciones correspondientes para mejorar la atención y calidad del servicio médico en el ISSSTE.

22. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/6810-1/22 recibido en esta CNDH el 14 de noviembre de 2022, mediante el cual el ISSSTE remitió el similar 96.201.1.2.6.1.1/138/2022 de 27 de octubre de mismo año, por el que la jefa del servicio de Medicina Interna del CMN “20 de noviembre” rindió un informe de la atención proporcionada a V e informó que AR1 y AR3 continuaban activos en dicho nosocomio.

23. Acta Circunstanciada del 9 de mayo de 2022 (sic), en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la conversación telefónica sostenida con QVI el 28 de abril de 2023, quien manifestó que cuando ocurrieron los hechos presentó una queja en el OIC-IMSS que “*se determinó en su contra*”, por lo que decidió no continuar con algún otro trámite.

24. Correo electrónico del 1 de septiembre de 2023, mediante el cual esta CNDH solicitó al ISSSTE se actualizara el estatus laboral de AR1, AR2 y AR3.



25. Acta Circunstanciada del 7 de septiembre de 2023, en la que se asentó que QVI informó a personal de esta Comisión Nacional que por los hechos motivo de su queja no presentó denuncia penal o administrativa en el OIC-ISSSTE o en la FGR; asimismo, proporcionó los datos de VI1 y el nombre del Hospital Privado en el que falleció V.

26. Correo electrónico recibido en este Organismo Nacional el 8 de septiembre de 2023, mediante el cual QVI anexó su acta de nacimiento, así como las de VI1, VI2 y VI3.

27. Correo electrónico recibido en esta CNDH el 9 de septiembre de 2023, mediante el cual QVI remitió copia del oficio 00641/30.102/1169/2023 de 27 de febrero del año en curso, por el cual el OIC-IMSS le notificó la conclusión del Expediente B.

28. Correo electrónico del 20 de septiembre de 2023, mediante el cual esta CNDH reiteró al ISSSTE la solicitud de actualización del estatus laboral de AR1, AR2 y AR3.

29. Correo electrónico del 20 de septiembre de 2023, a través del cual esta Comisión Nacional dio vista al OIC-IMSS, respecto a la falta de elaboración de la nota de egreso y hoja de alta voluntaria del 25 de marzo de 2020, por el personal médico del CMN "Siglo XXI".



III. SITUACIÓN JURÍDICA

30. El 22 de octubre de 2021, el IMSS informó que la Comisión Bipartita, en términos del Instructivo para el Trámite y Resolución de Quejas Administrativas ante el IMSS, emitió el 29 de junio de ese año en el Expediente A un acuerdo en el que concluyó lo siguiente:

La queja es improcedente, ya que [V] fue atendido de manera adecuada, oportuna e inmediata [a] su arribo con traslado autorizado, y bajo protocolo del paciente en estado crítico, provenía con traslado autorizado al [CMN "Siglo XXI"], por la subdirección médica del turno vespertino. Por el concepto de la pandemia que iniciaba y aún nos encontramos, requería determinarse con prueba PCR para SARS COV 2 (...) y asignar a [V] atención médica de bloque COVID o área NO COVID, tiempo en el cual los familiares determinan no esperar resultado de prueba PCR y se retiran del [CMN "Siglo XXI"].

31. El 27 de febrero de 2023, el Titular del Área de Auditoría Interna, de Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública del OIC-IMSS informó a QVI que en el Expediente B se emitió un acuerdo de archivo y conclusión por no contar con los elementos de prueba ni convicción para acreditar responsabilidad administrativa en contra de personas servidoras públicas adscritas al CMN "Siglo XXI".

32. Al momento de la emisión de la presente Recomendación, este Organismo Nacional, no cuenta con evidencia de que se haya presentado denuncia administrativa y penal en el OIC-ISSSTE y en la FGR respectivamente, derivado de los hechos materia de la queja.



IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

33. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2021/524/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional y 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 los criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se contó con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos consistentes en la protección de la salud y al trato digno de V como persona adulta mayor con enfermedades no transmisibles o crónico degenerativas atribuibles a personas servidoras públicas adscritas al CMN “20 de noviembre”, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2 y VI3, en razón a las siguientes consideraciones:

A. CONSIDERACIONES CONTEXTUALES RESPECTO A LA PANDEMIA POR COVID-19

34. El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan, provincia de Hubei, de la República Popular China, reportó 27 casos de neumonía de etiología¹⁸ desconocida, incluidos siete casos graves con fiebre, disnea¹⁹ e infiltrados pulmonares bilaterales,²⁰ aislándolos con estudio de contactos,²¹ medidas

¹⁸ Es la ciencia centrada en el estudio de la causalidad.

¹⁹ La disnea es la dificultad respiratoria o falta de aire.

²⁰ Es la ocupación de los sacos de aire del pulmón (espacios alveolares), que pueden ser ocupados por líquido, secreciones, sangre o pus.

²¹ El estudio de casos y contactos es un estudio cuasi experimental, utilizado por la epidemiología aplicada cuando se presentan eventos de salud, asociados en tiempo, lugar y persona, y tiene como objetivo cortar las redes de transmisión a fin de controlar la aparición de casos e idealmente evitarlos.



de higiene y saneamiento ambiental en el mercado de mariscos “Huanan”, el cual se cerró el 1 de enero de 2020, al haberse sugerido un diagnóstico de neumonía viral.²²

35. Derivado de ello, la OMS, que es la autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional cuya finalidad prevista en el artículo 1, de su Constitución, es alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud, entendido como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, declaró el 11 de marzo de 2020, a la enfermedad de COVID-19 como pandemia y una ESPII, es decir, “(...) *evento extraordinario que, (...): i) constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad (...)*”.²³

36. El 23 de marzo de 2020, el Consejo de Salubridad General publicó el “*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, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia*”,²⁴ designando a la SSA para el establecimiento de medidas de prevención y control en consenso con dependencias y entidades involucradas, organizaciones de los sectores social y privado y exhortó a los gobiernos y a los integrantes del Sistema Nacional de Salud a definir planes de

²² Es una inflamación o hinchazón del tejido pulmonar debido a una infección con un microbio.

²³ De conformidad con el artículo 1 del Reglamento Sanitario Internacional.

²⁴ DOF. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020#gsc.tab=0



reconversión hospitalaria²⁵ y expansión inmediata de capacidad para garantizar una atención oportuna.

37. El 6 de mayo de 2023, la OMS declaró el fin de la emergencia internacional por la COVID-19, lo que implica que los países pasan del modo emergencia al manejo y control de ésta con otras enfermedades infecciosas.²⁶

B. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

38. El artículo 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud. Al respecto, la jurisprudencia administrativa señala que:

*El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...).*²⁷

39. La Constitución de la OMS²⁸ afirma que “*el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano*”,

²⁵ Descripción de todas las actividades que deben ocurrir al implementar un sistema nuevo y ponerlo en operación.

²⁶ <https://www.paho.org/es/noticias/6-5-2023-se-acaba-emergencia-por-pandemia-pero-covid-19-continua>

²⁷ 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.

²⁸ Fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York el 22 de junio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de los 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948.



para lo cual los Estados deben garantizar que el servicio de prestación de salud pública cumpla, cuando menos, con las características de disponibilidad,²⁹ accesibilidad,³⁰ aceptabilidad³¹ y calidad.³²

40. El párrafo primero del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma 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 (...)"*.

41. El artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales³³ señala que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel de vida posible de salud física y mental.

42. El párrafo 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como:

(...) 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. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar

²⁹ Establecer el número suficiente de hospitales, centros de salud y programas destinados a la protección integral de la salud de los habitantes en todas sus épocas de vida.

³⁰ Garantizar que la atención médica y medicamentosa que se brinde en los centros y establecimientos de salud sea otorgada sin discriminación y se encuentre al alcance geográfico y económico de toda la población, en especial de los grupos considerados en situación de vulnerabilidad.

³¹ Lograr que el personal encargado de brindar los servicios de salud sea respetuoso de la ética médica, de la confidencialidad y de las características inherentes a la personalidad de las personas beneficiarias.

³² Que los establecimientos de salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico.

³³ Ratificado por México en 1981.



*mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...).*³⁴

43. En el artículo 10.1 así como en los incisos a) y d) del numeral 10.2, del “Protocolo de San Salvador”, se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

44. La CrIDH en el “Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”³⁵ estableció que: “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”.

45. Este Organismo Nacional emitió la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”,³⁶ en la que se aseveró que:

*(...) el desempeño de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.*³⁷

46. En el caso particular, de las evidencias analizadas se advirtió que AR1, AR2 y AR3, omitieron brindar a V la atención médica adecuada en su calidad de garante

³⁴ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, aprobada por la Asamblea General de la ONU.

³⁵ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

³⁶ El 23 de abril del 2009.

³⁷ CNDH. III. Observaciones, párrafo cuarto.



que les obligan las fracciones I y II del artículo 33 de la LGS, 48 del Reglamento de la LGS, 8, 22 y 23 del Reglamento ISSSTE, lo que incidió en la vulneración a su derecho humano a la protección de la salud y al trato digno de una persona adulta mayor con enfermedades no transmisibles o crónico degenerativas; así como a la falta de acceso a la información en materia de salud en su agravio como de las víctimas indirectas, lo cual será materia de análisis posterior.

B.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD POR LA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A V

• Antecedentes clínicos de V

47. V, hombre adulto mayor, al momento de su atención en el CMN “20 de noviembre” y en el CMN “Siglo XXI”, contaba con los antecedentes de tabaquismo crónico desde hacía 10 años, diabetes mellitus tipo II de 11 años de diagnóstico complicada con neuropatía diabética ambas en control farmacológico a base de hipoglucemias³⁸ orales y antineurítico, hipertiroidismo primario de 7 años de evolución tratada con yodo radiactivo, posterior hipotiroidismo en tratamiento a base de levotiroxina, discitis cervical y lumbar desde el 2019 y pérdida de peso de 8 kilogramos en el último año sin razón aparente.

• Atención brindada a V en el CMN “20 de noviembre”

48. El 21 de marzo de 2020 a las 17:29 horas, proveniente de un hospital particular en el estado de Puebla y previo consentimiento informado firmado por QVI

³⁸ Insulina.



como familiar responsable, V ingresó al área de Admisión Continua del CMN “20 de noviembre”, en donde fue atendido por PSP1, quien lo reportó con presión arterial baja, taquicardia de 116 latidos por minuto³⁹, taquipnea de 26 respiraciones por minuto y desaturación de oxígeno del 85%,⁴⁰ descontrol metabólico, campos pulmonares con ruidos anormales durante la respiración por el paso de aire por los alveolos en región apical derecha, por lo que solicitó estudios de laboratorio,⁴¹ radiografía de tórax y valoración por Medicina Interna, manejo a base de doble esquema antibiótico, soluciones parentales, oxígeno por puntas nasales, insulina para el control glucémico, broncodilatador local y protector de la mucosa gástrica e integró el diagnóstico de neumonía, conducta médica que en opinión del personal de esta CNDH estuvo apegada a lo que establece la GPC-Neumonía.⁴²

49. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se indicó que durante la pandemia de COVID-19 todos los padecimientos respiratorios fueron considerados como casos sospechosos, entendiendo por ello a la *“(...) persona de cualquier edad que presente enfermedad respiratoria aguda y que cuente con el antecedente de viaje o estancia en China o haber estado en contacto con un caso confirmado o bajo*

³⁹ Normal de 60 a 100 latidos por minuto.

⁴⁰ Normal de 95-100%,

⁴¹ Biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, tiempos de coagulación, pruebas de funcionamiento hepático y examen general de orina.

⁴² La **GPC-Neumonía** indica: “Diagnóstico: los síntomas más comunes de la NAC severa son fiebre, tos, disnea y dolor torácico pleural y producción de esputo (...) a la exploración física se puede encontrar fiebre, taquipnea y taquicardia (...) se sugiere realizar una radiografía de tórax a todo paciente con datos sugestivos de neumonía (...) realización de biometría hemática (...) el tratamiento antimicrobiano se dirige a etiologías más comunes y se debe iniciar de forma empírica (...) se recomienda iniciar tratamiento con betalactámico IV asociado a un macrólido por la misma vía y si no sé puede administrar macrólidos se sugiere la combinación de betalactámico más quinolona (...) El oxígeno suplementario es indispensable para mejorar la saturación de oxígeno en los gases en sangre arterial (...)”.



investigación hasta 14 días antes del inicio de síntomas (...);⁴³ sin embargo, V no contó a su ingreso al CMN “20 de noviembre” con los criterios para colocarlo dentro de la definición de “caso sospechoso” por lo que adecuadamente PSP1 se enfocó al diagnóstico de neumonía como lo indica el Lineamiento-COVID19.⁴⁴

50. El 21 de marzo de 2020 a las 19:10 horas, V fue valorado por AR1, adscrito al servicio de Medicina Interna, quien a la exploración física lo reportó con presión arterial baja, frecuencia cardíaca en los límites superiores normales de 100 latidos por minuto, aumento de la frecuencia respiratoria, con tendencia al deterioro clínico y respiratorio por desaturación a 73%, tórax con ruido normal a la inspiración y expiración; asimismo, reportó en su nota médica que los resultados de la radiografía de tórax evidenciaron la presencia de consolidación pulmonar apical en lado derecho, broncograma aéreo en la región media y basal, datos de derrame pleural e infiltrados iniciales en lado izquierdo, por lo que estableció que V cumplía con los criterios de gravedad CURB 65⁴⁵ con más de tres puntos, integró los diagnósticos de *“neumonía lobar, a descartar tuberculosis u otra neumonía atípica, neumonía crónica por tabaquismo”* y consideró un alto riesgo de que V requiriera ventilación mecánica temprana por la gran cantidad de parénquima pulmonar.

51. En opinión del personal de este Organismo Nacional si bien AR1 integró el diagnóstico de neumonía mediante la radiografía de tórax y utilizó la herramienta CURB-65 para valorar el estado de gravedad de V, también lo es que no consideró

⁴³ Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de enfermedad por 2019-NCOV, emitido el 7 de febrero de 2020.

⁴⁴ El **Lineamiento-COVID19** señala: “(...) El trabajo clínico en términos de gravedad debe enfocarse a diagnosticar o descartar neumonía (...).”

⁴⁵ La escala CURB-65 es una herramienta útil y sencilla para predecir la mortalidad a 30 días en pacientes hospitalizados con COVID-19



su ingreso y/o interconsulta a la UCI y desestimó los datos clínicos recabados durante su valoración, como lo es la hipotensión,⁴⁶ elevación de la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca con tendencia a la taquicardia y la desaturación de oxígeno, los cuales son criterios suficientes para establecer que en ese momento V presentaba datos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y sepsis, motivo por el que AR1 debió indicar tratamiento farmacológico antiinflamatorio para atenuar dicho proceso y al no hacerlo conllevó a una dilación en el inicio del manejo médico oportuno y adecuado a favor de V, conducta que incumplió la GPC-Neumonía,⁴⁷ la GRR-Sepsis y Choque Séptico,⁴⁸ el Lineamiento-COVID19⁴⁹ y la literatura médica especializada sobre el Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica.⁵⁰

52. El 21 de marzo de 2020 a las 21:51 horas, AR2, adscrita al servicio de Urgencias, reportó a V con hipotensión arterial de 90/51 mmHG, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, taquicardia de 111 latidos por minutos, tórax con movimientos de amplexión y amplexación adecuados, ruido opaco, aumento de las vibraciones vocales, desequilibrio hidroelectrolítico por concentración baja de sodio en la sangre, diabetes mellitus tipo II descontrolada y laboratoriales que evidenciaron incremento de la cantidad de glóbulos blancos, por

⁴⁶ Presión arterial baja, que puede causar desmayos o mareos debido a que el cerebro no recibe suficiente sangre.

⁴⁷ La **GPC-Neumonía** establece: "(...) CURB65 score 3 (...) neumonía grave; hospitalizar y considerar el ingreso a UCI (...)".

⁴⁸ La **GRR-Sepsis y Choque Séptico** indica: "Sepsis: síndrome de respuesta inflamatoria sistémica con sospecha de infección o infección documentada (...)".

⁴⁹ El **Lineamiento-COVID19** señala: "(...) en los pacientes con neumonía, se recomienda ingresar a la UCI a aquellos con hipotensión o que se requiere vasopresores (...)".

⁵⁰ "(...) el Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica se caracteriza por dos o más de los siguientes signos: temperatura >38°C o <36°C, frecuencia cardíaca >90 lat/min, frecuencia respiratoria >20 resp/min o pCO2 <32 mmHg, leucocitos >12.00/mm3 o <4.000/mm3 o >10% de formas inmaduras (...) algunos fármacos de uso habitual en pacientes críticos pueden modificar la respuesta inflamatoria (...)".



lo que determinó agregar al manejo establecido por AR1, fármaco antitrombótico, nueva tomografía de tórax para descartar proceso neoplásico, valoración por Hematología ante la reacción leucemoide e ingreso urgente al servicio de Medicina Interna, y estableció como diagnósticos *“neumonía apical derecha y lesión renal agudo clasificación AKIN I”*.

53. Para el personal de esta CNDH, AR2 desestimó las condiciones de inestabilidad clínica de V, la disfunción orgánica renal y la leucocitosis, para solicitar su envío inmediato a la UCI, por lo que incumplió con el apartado 5.5 de la NOM-UCI, que establece los criterios generales de ingreso a dicha área en dos modelos, uno basado en las funciones orgánicas y el otro de prioridades;⁵¹ asimismo, al igual que AR1 no indicó tratamiento farmacológico idóneo para contrarrestar el síndrome

⁵¹ **5.5** Criterios generales de ingreso a la UCI de Adultos y Pediátricos:

5.5.1 El ingreso debe ser el resultado de la decisión compartida entre el médico tratante y el responsable del servicio. Los criterios de ingreso se sustentan básicamente en dos modelos, uno basado en las funciones orgánicas y otro en las prioridades de atención:

5.5.1.1 El modelo basado en las funciones orgánicas, toma en cuenta:

5.5.1.1.1 Pacientes que presenten insuficiencia o inestabilidad de uno o más de los sistemas fisiológicos mayores, con posibilidades razonables de recuperación;

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

5.5.1.1.3 Pacientes con la necesidad de cuidados especiales o especializados, que solamente pueden ser brindados en la UCI;

5.5.1.1.4 Pacientes que presenten muerte cerebral y sean potenciales donadores de órganos;

5.5.1.1.5 Pacientes que requieran cuidados paliativos, que justifiquen su ingreso a la UCI.

5.5.1.2 En el modelo de prioridades, de atención se distingue a aquellos pacientes que van a beneficiarse si son atendidos en la UCI, de aquellos que no, cuando ingresen a ella, los criterios son:

5.5.1.2.1 Prioridad I. Paciente en estado agudo crítico, inestable, con la necesidad de tratamiento intensivo y monitoreo;

5.5.1.2.2 Prioridad II. Pacientes que requieren de monitoreo intensivo y pueden necesitar intervenciones inmediatas, como consecuencia de padecimientos graves agudos o complicación de procedimientos médicos o quirúrgicos;

5.5.1.2.3 Prioridad III. Paciente en estado agudo crítico, inestable con pocas posibilidades de recuperarse de sus padecimientos subyacentes o por la propia naturaleza de la enfermedad aguda;

5.5.1.2.4 Prioridad IV. Pacientes para los que la admisión en las UCI, se considera no apropiada. La admisión de estos pacientes debe decidirse de manera individualizada, bajo circunstancias no usuales y a juicio del médico responsable de la UCI.



de respuesta inflamatoria sistémica y la sepsis, lo que contravino la GRR-Sepsis y Choque Séptico.⁵²

54. El 22 de marzo de 2020 a las 07:46 horas, V ingresó al servicio de Medicina Interna, en donde fue valorado por AR3, quien lo reportó con taquicardia, taquipnea y desaturación de oxígeno al 82%, ante los datos clínicos de alerta, grupo etario, comorbilidades, deterioro respiratorio, presencia de tos seca y antecedente de viaje al estado de Morelos el 15 de marzo de ese mismo año, AR3 solicitó que se le practicara a V una prueba diagnóstica para COVID-19, integrando los diagnósticos de *“neumonía adquirida en la comunidad, sepsis SOFA 2 puntos, anemia megaloblástica, acidosis metabólica, trombocitosis, diabetes tipo II y neuropatía diabética”*, por lo cual prescribió soluciones parentales, protector de la mucosa gástrica, insulina para el control glucémico e indicó iniciar doble esquema antibiótico de amplio espectro.

55. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se concluyó que AR3 desestimó el estado clínico de V, con signos vitales alterados y desaturación de oxígeno, así como su propio diagnóstico de sepsis SOFA 2 puntos para solicitar interconsulta para valoración e ingreso a UCI, ello con la finalidad de iniciar el tratamiento farmacológico para atenuar el proceso inflamatorio que presentaba en ese momento V, lo que contravino la citada GPC-Neumonía.

⁵² La **GRR-Sepsis y Choque Séptico** indica: “(...) La presencia de manifestaciones de disfunciones orgánicas secundarias a hipoperfusión en un paciente séptico, establecen el diagnóstico clínico de sepsis grave, que para su confirmación requiere de estudios de laboratorio (...) para confirmar el diagnóstico de [síndrome de respuesta inflamatoria sistémica], y los procesos sépticos, además de los datos clínicos se requiere documentar en la citología hemática la presencia de: leucocitos >12,000, o leucopenia 10% (...).



56. El 23 de marzo de 2020 a las 12:14 horas, V fue valorado por PSP2, quien lo reportó con cuadro respiratorio rápidamente progresivo, datos de insuficiencia respiratoria, saturación de oxígeno al 91% con apoyo suplementario, síndrome de condensación pulmonar y síndrome de derrame pleural derecho, por lo que comentó a sus familiares que V requería de apoyo mecánico ventilatorio; sin embargo, QVI decidió diferir el procedimiento por lo que PSP2 decidió continuar con el tratamiento previo, agregar antimalárico, mucolítico, antiviral, anestésico y relajante muscular, solicitó urocultivo, hemocultivo, cultivo de expectoración y radiografía de tórax, conducta médica apegada a lo que establecen los artículos 48 del Reglamento de la LGS⁵³ y 23 del Reglamento ISSSTE.⁵⁴

57. En la nota médica elaborado por PSP2 se asentó que las especialidades de Infectología, Neumología y Medicina Interna coincidieron que se trataba de un caso sospechoso de COVID-19, mientras no se contara con los resultados negativos de la prueba PCR; sin embargo, ante los datos clínicos de alerta correctamente solicitó interconsulta a UCI, **habiendo transcurrido dos días desde el ingreso de V al CMN “20 de noviembre”**, lo que corrobora que AR1, AR2 y AR3 desestimaron en todas sus valoraciones que V contaba con los criterios suficientes para ser atendido por dicha especialidad, situación que condicionó el estado de salud de V al no otorgarle oportunamente el tratamiento farmacológico idóneo.

⁵³ **Artículo 48.-** Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

⁵⁴ **Artículo 23.-** El Médico Tratante responsable de la atención al Paciente, estará obligado a proporcionar información a éste, al Derechohabiente, familiar directo o autorizado o representante legal, información clara oportuna, veraz y completa sobre el diagnóstico, evolución, pronóstico y tratamiento dentro de su horario de trabajo.



58. El 23 de marzo de 2020, V fue valorado por el servicio de Hematología por la reacción leucemoide y por el especialista de Medicina Interna PSP3, quien comentó por segunda ocasión a QVI que V requería de apoyo mecánico ventilatorio ante la presencia de una lesión pulmonar severa; sin embargo, se llegó al acuerdo con QVI de que V se mantuviera en observación por 24 horas más, por lo que PSP3 continuó con el mismo manejo establecido por PSP2 con inclusión de la solicitud de interconsulta a UCI, conducta médica que en opinión del personal de esta CNDH estuvo apegada a lo que establecen los artículos 51 Bis 2 de la LGS⁵⁵ y 9 del Reglamento de la LGS.⁵⁶

59. El 24 de marzo de 2020 a las 14:12 horas, AR3 encontró a V con dificultad para respirar, signos vitales inestables y fuera de los rangos normales, presión arterial baja, taquicardia, taquipnea, saturación de oxígeno de 94% con mascarilla reservorio, síndrome de condensación pulmonar apical, síndrome de derrame pleural, descontrol metabólico con elevaciones de glucemia. En su nota médica AR3 asentó que V contaba con criterios para manejo de la vía aérea con apoyo ventilatorio invasivo; sin embargo, sus familiares no lo aceptaron por lo que procedió a iniciar con procedimiento no invasivo a base de oxígeno a alto flujo; asimismo, señaló que el servicio de Hematología concluyó que la reacción leucemoide estaba asociada con el proceso infeccioso y descartó una cuestión de crecimiento anormal de células en los tejidos.

⁵⁵ **Artículo 51 Bis 2.-** Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico.

⁵⁶ **Artículo 9.-** La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica



60. En opinión del personal de esta CNDH, nuevamente AR3 desestimó los datos de alerta de V para insistir en la valoración e ingreso a la UCI, tal como lo solicitaron previamente PSP2 y PSP3, lo que conllevó a una dilación en el manejo médico adecuado de V y contravino la GPC-Neumonía y el citado apartado 5.5 de la NOM-UCI.

61. De las constancias que integran el expediente clínico de V, se observó que, según la nota de enfermería del 25 de marzo de 2020, suscrita por PSP4 y PSP5 a las 11:00 horas debido al deterioro clínico respiratorio con desaturación de oxígeno hasta 49% se decidió la intubación orotraqueal que mejoró la saturación a un 83%. A las 16:00 horas, V fue valorado por médicos de Terapia Intensiva que realizaron ajustes en los parámetros ventilatorios.

62. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se indicó que de las constancias que integran el expediente clínico de V, no obran las notas médicas de la atención brindada por el personal médico de los servicios de Hematología y Terapia Intensiva, los días 24 y 25 de marzo de 2020, respectivamente, lo cual incumplió con la NOM-Del Expediente Clínico como se analizará en el apartado correspondiente.

63. Según consta en la hoja de egreso hospitalario del 25 de marzo de 2020, suscrita por PSP6 a las 19:00 horas de esa fecha V egresó del CMN “20 de noviembre”, mediante alta voluntaria a petición de QVI, con la finalidad de realizar su traslado en ambulancia no institucional para continuar con su atención médica en la UCI del CMN “Siglo XXI”, conducta que en opinión del personal de esta CNDH fue adecuada al respetar la autonomía de V y de QVI de buscar alternativas de



atención para aumentar la sobrevivencia de su familiar, a pesar de la gravedad de su condición clínica, en cumplimiento a los artículos 51 Bis 2 y 77 bis 37 de la LGS, 79 del Reglamento de la LGS, 72 y 79 del Reglamento ISSSTE.⁵⁷

⁵⁷ **Artículo 77 bis 37.-** Los beneficiarios tendrán los siguientes derechos:

I. Recibir en igualdad y sin discriminación los servicios de salud a que se refiere el presente Título. El nivel de ingreso o la carencia de este no podrán ser limitantes para el acceso a la prestación de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados;

II. Recibir servicios integrales de salud;

III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad;

IV. Recibir gratuitamente los medicamentos y demás insumos asociados, que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud;

V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;

VI. Se deroga.

VII. Contar con su expediente clínico;

VIII. Decidir libremente sobre su atención;

IX. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos;

X. Ser tratado con confidencialidad;

XI. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;

XII. Recibir atención médica en urgencias;

XIII. Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica;

XIV. No cubrir ningún tipo de cuotas de recuperación o cualquier otro costo por los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que reciban conforme al presente Título.

Artículo 79.- En caso de egreso voluntario, aún en contra de la recomendación médica, el usuario, en su caso, un familiar, el tutor o su representante legal, deberán firmar un documento en que se expresen claramente las razones que motivan el egreso, mismo que igualmente deberá ser suscrito por lo menos por dos testigos idóneos, de los cuales uno será designado por el hospital y otro por el usuario o la persona que en representación emita el documento. En todo caso, el documento a que se refiere el párrafo anterior relevará de la responsabilidad al establecimiento y se emitirá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del mismo y otro se proporcionará al usuario.

Artículo 72.- Las Unidades Hospitalarias procederán a generar el egreso de Pacientes cuando se haya resuelto o controlado el problema de salud que motivó su ingreso; por su traslado derivado de la necesidad de atención en alguna Unidad Hospitalaria de mayor capacidad resolutive; cuando la Atención Hospitalaria no represente ningún beneficio para el Paciente o incluso algún riesgo; por alta voluntaria y por defunción.

Artículo 79.- Los Servicios de Atención Médica Domiciliaria a Pacientes vulnerables (niños, mujeres embarazadas y adultos mayores) y Extensión Hospitalaria al Domicilio, deberán solicitarse en la Unidad Médica de adscripción, Unidad Hospitalaria y, en el caso de la presencia súbita de alguna Enfermedad, de ser necesario, podrá pedir apoyo vía telefónica al servicio de ISSSTEMERGENCIAS, debiendo proporcionar a este servicio todos los datos de afiliación y vigencia



- **Atención brindada a V en el CMN “Siglo XXI”**

64. El 25 de marzo de 2020 a las 19:45 horas, previa recepción y clasificación en el área de Triage, V fue valorado por PSP7, adscrito al servicio de Urgencias del CMN “Siglo XXI”, quien lo encontró con sedación, dependiente de ventilación mecánica de traslado, saturación al 93% y proceso neumónico, por lo que solicitó radiografía de tórax, prescribió ayuno, toma de signos vitales, vigilancia del estado neurológico, monitor cardíaco continuo, oximetría de pulso, glucometría capilar, soluciones parentales, interconsulta a la UCI por la gravedad del estado clínico de V con alto riesgo de morbilidad del 95% por SOFA de 12 puntos y estableció los diagnósticos de *“neumonía bacteriana no especificada, neumonía adquirida en la comunidad, síndrome de insuficiencia respiratoria aguda grave y diabetes mellitus tipo II con hiperglucemia”*, atención médica que en opinión del personal de esta CNDH, cumplió con lo establecido en los artículos 48 del Reglamento de la LGS y 3 del Reglamento IMSS.⁵⁸

65. No pasa inadvertido mencionar que, en su nota médica del 25 de marzo de 2020, PSP7 asentó que V no contó a su ingreso con reporte oficial de negatividad para prueba PCR contra COVID-19, información que en opinión del personal de esta Comisión Nacional se consideraba, en ese momento, de suma importancia para

del Derechohabiente, para facilitar la comprobación de derechos del Paciente y recibir la Atención Médica respectiva.

⁵⁸ **Artículo 3.** El Instituto proporcionará los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a los derechohabientes que señalan los artículos 84 y 109 de la Ley, a los familiares adicionales a que se refiere el artículo 242 y los asegurados en los ramos de cesantía en edad avanzada y vejez, en los supuestos que establecen los artículos 154 y 162 del mismo ordenamiento.



tomar la decisión del área a la que ingresaría V, es decir, a Terapia Intensiva COVID o NO COVID, o permanecer en Admisión Continúa.

66. El 25 de marzo de 2020 a las 20:50 horas, PSP7 asentó en su nota de valoración que V no fue aceptado para *“traslado P.O.S”* por lo que suspendió continuar con indicaciones médicas del servicio de Medicina Interna. En el escrito de queja que presentó QVI en esta CNDH, manifestó que debido a la gravedad clínica de V y ante la falta de atención oportuna del personal médico del CMN “Siglo XXI” decidió trasladar a su familiar al Hospital Privado para salvaguardar su vida.

67. Cabe señalar que, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional se indicó que, si bien QVI decidió el egreso de V del CMN “Siglo XXI” haciendo uso del derecho que establece los citados artículos 51 Bis 2 y 77 Bis 37 de la LGS, era obligación del personal médico elaborar la nota de egreso y recabar la hoja de alta voluntaria, ello con la finalidad de conocer los motivos certeros del por qué se dio o se solicitó el alta del paciente, las condiciones clínicas de V y las circunstancias en las que se realizó el traslado al Hospital Particular, en caso de haberse efectuado por ambulancia institucional, situación que no aconteció en el presente asunto e incumplió con la NOM-Del Expediente Clínico, motivo por el que esta CNDH dio vista al OIC-IMSS para que en su caso determine las responsabilidades que correspondan.

68. No pasa inadvertido mencionar, que esta Comisión Nacional no contó con evidencias de la atención médica que se proporcionó a V en el Hospital Particular, a fin de que el personal experto pudiera opinar sobre el manejo clínico y farmacológico que se le brindó, únicamente se observó el acta de defunción que



proporcionó QVI, en la que se estableció como fecha y hora de muerte el 11 de abril de 2020 a las 02:44 horas por choque séptico y neumonía.

69. Es importante destacar que si bien es cierto, V presentaba antecedentes clínicos crónicos como lo es tabaquismo desde hacía 10 años, el cual según la OMS de la evidencia registrada durante la emergencia sanitaria por el virus SARS-CoV2, se comprobó que los fumadores tenían más probabilidades de presentar síntomas más graves de la COVID-19, aunado a que el tabaco fumado deteriora el sistema inmunitario y empeora el desenlace clínico de las personas que padecen tuberculosis o neumonías,⁵⁹ también lo es que como se expuso en el desarrollo del presente apartado, el personal médico del CMN “20 de noviembre” debió ofertar desde el ingreso de V manejo médico multidisciplinario como lo era la valoración y/o ingreso inmediato al servicio de UCI y con ello evitar las complicaciones que presentó en su estado de salud.

70. Del análisis de las evidencias que anteceden, se determinó que AR1, AR2, y AR3 incumplieron en el ejercicio de sus funciones con los artículos 27 fracción III, 32, 33 fracción II, 51 y 77 bis 37, fracciones I y III de la LGS, 48 del Reglamento de la LGS, que en términos generales, establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno y certero y se proporcione un tratamiento igualmente apropiado, el cual quede debidamente plasmado en el expediente clínico, lo que en el caso particular

⁵⁹ Véase: *Preguntas y respuestas sobre el tabaco y la COVID-19*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-tobacco>. Última fecha de consulta: 14 de septiembre de 2023.



no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la protección integral de la salud de V.

C. DERECHO AL TRATO DIGNO POR LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE V, COMO PERSONA ADULTA MAYOR CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES O CRÓNICO DEGENERATIVAS

71. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos en relación con su calidad de persona adulta mayor, específicamente el derecho a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad por tratarse de una persona de 67 años al momento de los hechos, por lo que atendiendo a la especial protección que tienen las personas en esa etapa de la vida, así considerada en la Constitución Política y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por el personal médico del CMN “20 de noviembre”.

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

73. El artículo 3, fracción I, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores señala como personas adultas mayores a quienes tienen 60 años o más. Asimismo, en su fracción IX, indica que la atención integral debe satisfacer: “(...) *las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales,*



culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores, con la finalidad de que vivan una vejez plena y sana, considerando sus hábitos, capacidades funcionales, usos y costumbres y preferencias”.

74. Los artículos 17, párrafo primero, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 9 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 sobre “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”; la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores⁶⁰ y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, establecen que constituyen una población vulnerable que merece especial protección por los órganos del Estado porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en situación de desatención, siendo los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

75. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México⁶¹, explica con claridad que:

para las personas mayores ejercer plenamente el derecho humano a la protección de la salud implica la realización de diversas acciones afirmativas. Atendiendo a la

⁶⁰ Organización de los Estados Americanos. “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”. Adoptada en Washington, D.C., Estados Unidos, el 15 de junio de 2015. Aprobada de forma unánime por el Senado de la República el 13 de diciembre de 2022 y publicada el 10 de enero de 2023 en el Diario Oficial de la Federación. Si bien al momento de los hechos dicha Convención no se encontraba vigente, sí podía ser utilizada de carácter orientador. Adicionalmente, a partir del Decreto Promulgatorio de 20 de abril de 2023, la actuación de las autoridades debe ser en observancia a dicho tratado internacional.

⁶¹ Publicado el 19 de febrero de 2019.



*información expuesta en este estudio, se estima que, aun cuando la cobertura de servicios se percibe elevada en términos cuantitativos, las autoridades competentes no satisfacen la demanda total nacional, ni garantizan la calidad y oportunidad de sus servicios. Se trata de un problema estructural que se agrava cuando se trata de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad múltiple, como la población en envejecimiento.*⁶²

76. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas adultas mayores, se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores⁶³, en cuyo artículo 4, fracción V, dispone como principio rector la atención preferente, la cual es considerada como “(...) *aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores*”.

77. La diabetes es definida como aquella “*enfermedad sistémica, crónico degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas*”.⁶⁴

78. El Informe Mundial sobre la Diabetes de la OMS, indica que dicho padecimiento “*puede producir complicaciones en muchas partes del cuerpo y*

⁶² Párrafo 418.

⁶³ Diario Oficial de la Federación, 25 de junio de 2002.

⁶⁴ Secretaría de Salud, “Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”, numeral 3.20.



aumentar el riesgo general de morir prematuramente. Algunas de [ellas] son el infarto del miocardio, los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia renal, la amputación de miembros inferiores, la pérdida de agudeza visual y la neuropatía (...).⁶⁵

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

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

81. Por otra parte, es importante señalar que en la Recomendación 8/2020, se destacó:

Este derecho de las personas mayores implica, correlativamente, una obligación por parte de las autoridades del Estado, por un lado, garantizarlo y por el otro, protegerlo. Tienen la obligación de que exista una garantía constitucional y legal y que ninguna

⁶⁵ Organización Mundial de la Salud, “Informe mundial sobre la diabetes”, Suiza, OMS, 2016, p. 6.



autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria.⁶⁶

82. El trato preferencial constituye una acción positiva, en razón de que el Estado conoce la necesidad de proteger de forma especial a ciertos grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas adultas mayores, quienes por su condición de edad son víctimas potenciales de violaciones a sus derechos humanos⁶⁷; como en el presente caso en que se vulneraron los referentes a la salud de V, quien no recibió atención médica adecuada acorde a su padecimiento y gravedad, contribuyendo las omisiones analizadas al agravamiento de su estado de salud hasta la lamentable pérdida de la vida.

83. 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”⁶⁸*. 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.

84. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que *“por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de*

⁶⁶ Párrafo 93.

⁶⁷ CNDH. Recomendación 260/2022, párrafo 86.

⁶⁸ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, Nueva York, ONU, 2003, párrafo 8; CNDH, Recomendaciones: 26/2019, párrafo 24; 23/2020, párrafo 26, y 52/2020, párrafo 9.



vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar”⁶⁹.

85. Esta Comisión Nacional considera que las personas con enfermedades no transmisibles se encuentran en particular situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección a la salud, requiriendo además de atención prioritaria, integral e inmediata, que se les garantice la prestación de servicios, bienes y acciones para su pronta recuperación mediante la accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad de su manejo clínico inicial, debiéndose priorizar sus comorbilidades y aspectos concomitantes para que alcancen un mayor bienestar posible.⁷⁰

86. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud ha establecido que las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, siendo “(...) *un grupo de enfermedades que no son causadas (...) por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo, (...)*”,⁷¹ coincidiendo la OMS al precisar que son de “(...) *larga duración (...)*”.⁷²

⁶⁹ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

⁷⁰ Recomendación 260/2022, párrafo 90.

⁷¹ Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Enfermedades no transmisibles”. Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=345&Itemid=40933&lang=es.

⁷² OMS. “Enfermedades no transmisibles”. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.



87. Partiendo de ello, en razón de la pertenencia de V a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona de 67 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II de 11 años de diagnóstico complicada con neuropatía diabética, no recibió un trato preferencial que permitiera la mejoría de su estado clínico, lo que se corroboró con las omisiones del personal médico del CMN “20 de noviembre” que ocasionaron que V evolucionara de manera tórpida con deterioro de su estado de salud.

88. Por las razones antes referidas, el enfoque de atención médica por el ISSSTE fomenta obstáculos administrativos que impiden el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y carece de un enfoque pro persona⁷³ y de transversalización de la condición de vulnerabilidad que enfrentan las personas adultas mayores, lo que vulnera derechos humanos y trasgrede las normas convencionales, constitucionales y legales de observancia obligatoria en nuestro país.⁷⁴

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

89. El artículo 6o., párrafo segundo, de la Constitución Política establece el derecho de las personas al libre acceso a la información.

⁷³ El artículo 2º, fracción XXV del Reglamento Interno de esta CNDH lo define como: Aquel que deben observar todas las autoridades del País y los organismos públicos de derechos humanos en todas sus actuaciones, que toda autoridad, al aplicar normas relativas a derechos humanos conforme a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y a los tratados internacionales de la materia en los que el Estado mexicano sea parte, deberán aplicar aquellas que favorezcan en todo tiempo a las personas con la protección más amplia. En caso de que exista una diferencia entre el alcance o la protección reconocida en las normas de estas distintas fuentes, deberá aplicarse aquella que represente una mayor protección para la persona o que implique una menor restricción al ejercicio o disfrute de sus derechos fundamentales.

⁷⁴ CNDH. Recomendaciones 240/2022, párrafo 90 y 243/2022, párrafo 118.



90. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017,⁷⁵ párrafo 27, consideró que *“(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”*.

91. En ese sentido, la CrIDH en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, sostuvo que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”*.⁷⁶

92. La NOM-Del Expediente Clínico, establece que:

*el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...).*⁷⁷

⁷⁵ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

⁷⁶ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

⁷⁷ Introducción, párrafo segundo.



93. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, expuso que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias 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 recibida.

94. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.⁷⁸

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

⁷⁸ CNDH, párrafo 34.



D.1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE V

96. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se indicó que no obran las constancias médicas de la atención brindada por el personal médico de los servicios de Hematología y Terapia Intensiva del CMN “20 de noviembre”, los días 24 y 25 de marzo de 2020, situación que, si bien no modificó la evolución clínica de V, sí constituyen una falta administrativa al incumplir los numerales 4.4 y 5.1 de la NOM-Del Expediente Clínico,⁷⁹ por lo que corresponderá a la autoridad investigadora deslindar responsabilidades respecto a las personas servidoras públicas que debieron elaborar dichas notas, lo cual es de relevancia porque representan un obstáculo para conocer los antecedentes médicos del paciente, por lo cual se vulneró el derecho de QVI, VI1, VI2 y VI3 a que se conociera la verdad.

97. La inobservancia de la NOM-Del Expediente Clínico ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones por ejemplo la General 29/2017 y las particulares 127/2023, 125/2023, 118/2023, 112/2023, 98/2023, 96/2023, 90/2023 y 85/2023; sin embargo, el personal médico persiste en no dar cumplimiento a la referida Norma Oficial Mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente

⁷⁹ **4.4.** Expediente clínico, al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

5.1. Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.



a las personas usuarias, lo cual se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud y como se asentó, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, por lo que, la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas preventivas para que se cumpla en sus términos.

E. RESPONSABILIDAD

E.1. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

98. La responsabilidad de AR1, AR2 y AR3, personas servidoras públicas adscritas al CMN “20 de noviembre”, provino de la falta de diligencia con que se condujeron en la atención proporcionada a V, lo cual culminó en la violación a su derecho humano a la protección de la salud como se constató con base en lo siguiente:

98.1. AR1, AR2 y AR3 desestimaron los datos clínicos recabados durante sus valoraciones que evidenciaban condiciones de inestabilidad clínica de V, como lo fueron la presión arterial baja, elevación de la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca con tendencia a la taquicardia, la desaturación de oxígeno, disfunción orgánica renal y leucocitosis, para solicitar el ingreso urgente de V y/o interconsulta al servicio de UCI.

98.2. Conjuntamente AR1, AR2 y AR3 no indicaron tratamiento farmacológico antiinflamatorio ante los datos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y sepsis.



99. Por otro lado, las irregularidades que se advirtieron en el expediente clínico de V igualmente constituyen responsabilidad, por lo que será la autoridad investigadora la encargada de deslindar responsabilidades respecto a las personas servidoras públicas que debieron elaborar las notas médicas de la atención brindada a V por los servicios de Hematología y Terapia Intensiva del CMN “20 de noviembre”, los días 24 y 25 de marzo de 2020, al incumplir la NOM-Del Expediente Clínico.

100. Este Organismo Nacional acreditó que las acciones y omisiones atribuidas al personal médico de referencia constituyen evidencia suficiente para determinar que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como personas servidoras públicas, en términos de lo dispuesto por los artículos 7, fracciones I, V, VII y VIII, así como 49, fracción I, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas en relación con el numeral 303, de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, pues aun cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen a su mejoramiento; lo que en el caso concreto no aconteció.

101. Con fundamento en los artículos 1o., párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política; 6, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente vista administrativa ante el OIC-ISSSTE, en contra de los médicos referidos por la inadecuada atención médica de V, así como respecto a las



advertidas en la integración del expediente clínico, para que en su caso determinen las responsabilidades que correspondan con motivo de violaciones a derechos humanos acreditadas.

E.2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL DEL CMN “20 DE NOVIEMBRE”

102. Conforme al párrafo tercero del artículo 1o., de la Constitución Política:

(...) todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

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

104. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman,



independientemente de aquella que corresponde de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

105. La CNDH advierte con preocupación que el ISSSTE, independientemente de las responsabilidades particulares de las personas servidoras públicas determinadas y que fueron señaladas en la presente determinación, también se incurrió en responsabilidad institucional, ello toda vez que el expediente clínico del CMN “20 de noviembre” no cuenta con la formalidad necesaria en su integración, por tanto, la atención médica brindada en ese nosocomio no cumplió con los estándares de calidad que el caso ameritaba, ya que, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en la NOM-Del Expediente Clínico, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

106. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1o., párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional, 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 una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr su 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.

107. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), además fracciones VII y IX, del artículo 74, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la 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 al trato digno de V como persona adulta mayor con enfermedades no transmisibles o crónico degenerativa, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2 y VI3 se deberá inscribirlos, conforme a derecho corresponda, 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 Ejecutiva.

108. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”* de las Naciones Unidas y 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, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición,



obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y/o, en su caso, sancionar a los responsables.

109. La CrIDH ha indicado que la reparación es un término genérico que comprende las diferentes maneras cómo un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido. Por ello, la reparación comprende diversos *“modos específicos”* de reparar que *“varían según la lesión producida.”* En este sentido, dispone que *“las reparaciones que se establezcan deben guardar relación con las violaciones declaradas”*.⁸⁰

110. Esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

F.1. Medidas de Rehabilitación

111. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

112. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, en colaboración con la CEAV se deberá brindar a QVI, VI1, VI2 y VI3, la atención psicológica y tanatológica que requieran, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá

⁸⁰ “Caso Garrido y Baigorria vs. Argentina”. Sentencia de 27 de agosto de 1998. Reparaciones y Costas, párr. 41.



otorgarse por personal profesional especializado, atendiendo a sus necesidades específicas de edad y género.

113. Esta atención psicológica y tanatológica, a pesar del tiempo transcurrido del momento en que acontecieron los hechos, deberá proporcionarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible con consentimiento de QVI, VI1, VI2 y VI3, e información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado hasta obtener el máximo beneficio. Los tratamientos, en su caso, deberán ser provistos por el tiempo necesario, y deben incluir los medicamentos convenientes a su situación, en caso de requerirlos.

114. En caso de no requerir la atención antes descrita se deberá de dejar cita abierta a las víctimas, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es un derecho de QVI, VI1, VI2 y VI3, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

F.2. Medidas de Compensación

115. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64, 65 y 88 Bis de la Ley General de Víctimas, y consisten en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) *los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), (...) así como las*



*alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”.*⁸¹

116. La compensación deberá otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos sufrida, considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas a consecuencia de la violación a sus derechos humanos, ello acorde a la Ley General de Víctimas.

117. Para tal efecto, el ISSSTE deberá colabora con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, VI1, VI2 y VI3, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración diseñados por la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI, VI1, VI2 y VI3, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, 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 que se acredite el cumplimiento al punto primero recomendatorio.

⁸¹ “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile” Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párr. 244.



F.3. Medidas de Satisfacción

118. 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 la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

119. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al ISSSTE, instruyan a quien corresponda a fin de que se colabore ampliamente en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presentará ante el OIC-ISSSTE a fin de que inicie el procedimiento que corresponda en contra de AR1, AR2 y AR3, por la inadecuada atención médica proporcionada a V, así como lo relativo a la integración del expediente clínico. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

F.4. Medidas de no repetición

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



121. Al respecto, las autoridades del ISSSTE deberán implementar el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud y al trato digno de las personas adultas mayores en términos de la legislación nacional y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, así como la debida observancia y contenido de la GPC-Neumonía, la GRR-Sepsis y Choque Séptico, la NOM-Del Expediente Clínico y la NOM-UCI dirigido al personal médico de los servicios de Urgencias y Medicina Interna del CMN “20 de noviembre”, en el caso particular AR1 y AR3, deberán asistir al referido curso de capacitación, en el caso de AR2, en caso de continuar activa laboralmente en dicho nosocomio. El curso deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y, deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

122. Asimismo, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico de los servicios de Urgencias, Medicina Interna, Hematología y Terapia Intensiva del CMN “20 de noviembre”, con medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica para garantizar que se agoten las instancias pertinentes y se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de



recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió, para el cumplimiento del punto recomendatorio quinto.

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

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

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, VI1, VI2 y VI3, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración diseñados por la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QVI, VI1, VI2 y VI3,



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

SEGUNDA. En colaboración con la CEAV, se otorgue atención psicológica y tanatológica que requiera QVI, VI1, VI2 y VI3, 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 obtener el máximo beneficio, atendiendo a sus necesidades específicas; así como proveerle de los medicamentos convenientes a su situación, en caso de requerirlos. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible con consentimiento de QVI, VI1, VI2 y VI3. En caso de no requerir la atención antes descrita se deberá de dejar cita abierta a las víctimas, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es un derecho de QVI, VI1, VI2 y VI3, por lo que será su voluntad acceder a ésta; hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presentará ante el OIC-ISSSTE, a fin de que inicie el procedimiento que corresponda en contra de AR1, AR2 y AR3, por la inadecuada atención médica proporcionada a V, así como lo relativo a la integración del expediente clínico, a fin de que se inicie la investigación respectiva, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite dicha colaboración.



CUARTA. Se imparta en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud y al trato digno de las personas adultas mayores en términos de la legislación nacional y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, así como la debida observancia y contenido de la GPC-Neumonía, la GRR-Sepsis y Choque Séptico, la NOM-Del Expediente Clínico y la NOM-UCI dirigido al personal médico de los servicios de Urgencias y Medicina Interna del CMN “20 de noviembre”, en el caso particular AR1 y AR3, deberán asistir al referido curso de capacitación, en el caso de AR2, en caso de continuar activa laboralmente en dicho nosocomio. El curso deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y, deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias; hecho lo cual, se envíen a este Organismo Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita diversa circular dirigida al personal médico de los servicios de Urgencias, Medicina Interna, Hematología y Terapia Intensiva del CMN “20 de noviembre”, con medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica para garantizar que se agoten las instancias pertinentes y se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional



e internacional; hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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.

125. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 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.

126. 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.

127. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se



envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

128. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional, ante ello este Organismo Nacional solicitará al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

CEFM