



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 30 /2015

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y PÉRDIDA DE LA VIDA DE V1, ADULTO MAYOR, EN LA CLÍNICA HOSPITAL DEL ISSSTE EN URUAPAN, MICHOACÁN.

México, D.F., a 31 de agosto 2015

**LIC. JOSÉ REYES BAEZA TERRAZAS
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

Distinguido señor Encargado de la Dirección 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; 1º, 3º, párrafo primero; 6º, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/1/2014/2748/Q y su acumulado CNDH/4/2014/5075/Q, relacionado con el caso de V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su

publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4°, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento Interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. En la presente Recomendación, la referencia a diversos ordenamientos y normas oficiales mexicanas se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser identificadas como sigue: a) Clínica Hospital del ISSSTE en Uruapan, Michoacán (Clínica Hospital); b) Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico* (NOM-004-SSA3-2012); c) Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, *relativa a la Regulación de los Servicios de Salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica* (NOM-027-SSA3-2013); d) Ley General de Salud (LGS); e) Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE (RSM-ISSSTE); f) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (RLGS-MPSAM); y g) la *Guía de Práctica Clínica. "Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos."* (GPC-PDTNA-CA).

I. HECHOS.

4. El 14 de enero de 2014, Q1 llevó a V1 (de 62 años de edad, con el antecedente de dificultad respiratoria de 12 días de evolución) al Área de Urgencias de la Clínica Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Uruapan, Michoacán, debido a que presentaba tos y temperatura, donde fue atendido por AR1, quien le diagnóstico probable bronconeumonía, motivo por el cual V1 quedó hospitalizado.

5. El 15 de enero de 2014, previo estudios se diagnosticó a V1 neumonía y se descartó influenza, dado que el estudio epidemiológico resultó negativo, por lo que se indicó tratamiento antibacteriano y antiviral. V1 permaneció estable hasta el 19 del mismo mes y año.

6. A las 09:30 horas del 20 del mismo mes y año, el médico tratante reportó a V1 grave por insuficiencia respiratoria severa, sin que se le brindara la intubación y ventilación mecánica urgente que requería y su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, por ello, Q1 solicitó su traslado a un hospital de alta especialidad, sin que éste se realizara.

7. A las 16:18 horas del 21 de enero de 2014, V1 falleció. El certificado de defunción señaló como causas de la muerte: “*infarto pulmonar y neumonía de focos múltiples*”.

8. El 10 de febrero de 2014, Q1 presentó escrito de queja ante la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Michoacán, el cual por razón de competencia se remitió a esta Comisión Nacional el 13 del mismo mes y año, donde se radicó con el expediente CNDH/1/2014/2748/Q.

9. El 17 de julio de 2014, Q1 presentó escrito de queja ante este Organismo Nacional, por lo que se inició el expediente CNDH/4/2014/5075/Q; al tratarse de los mismos hechos, el 30 de septiembre de ese año, se acumuló el segundo expediente al primero, y a fin de documentar las violaciones a derechos humanos se solicitaron los informes y el expediente clínico a la Dirección General del ISSSTE.

II. EVIDENCIAS.

10. Escritos de queja presentados por Q1, el 10 de febrero y 17 de julio de 2014, ante la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Michoacán y este Organismo Nacional, mediante los cuales denunció la muerte de V1 como consecuencia de la inadecuada atención médica brindada el 20 y 21 de enero de 2014, por parte del personal médico de la Clínica Hospital.

11. “Acta Circunstanciada” de 25 de febrero de 2014, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la que consta la llamada telefónica sostenida con Q1 con la finalidad de obtener datos para la debida integración del expediente de queja.

12. Oficios SG/SAD/JSCDQR/4169/14 y 5415/14 de 23 de junio y 8 de septiembre de 2014, respectivamente, de la Jefatura de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Rembolsos del ISSSTE, a través de los cuales adjuntó copia del expediente clínico de V1, el cual contiene lo siguiente:

12.1 “Hoja de Urgencias” de las 16:50 horas del 14 de enero de 2014, elaborada por AR1 (no anotó su nombre completo, rango, especialidad y matrícula), en la que diagnosticó a V1 probable bronconeumonía e indicó su hospitalización y plan de manejo a seguir.

12.2 Exámenes de laboratorio practicados a V1 el 14 de enero de 2014.

12.3 Nota de Evolución Matutina de las 08:00 horas del 15 de enero de 2014, suscrita por AR2, en la que asentó la evolución de V1 y solicitó interconsulta a medicina interna.

12.4 Nota médica de las 10:20 horas del 15 del mismo mes y año, firmada por AR3 (omitió su nombre completo, cargo, rango, matrícula y especialidad), en la que asentó el estudio epidemiológico para influenza que se realizó a V1 y su ingreso al nosocomio.

12.5 Estudio de laboratorio de la prueba de influenza de V1, de 15 de enero de 2014, realizado por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud con resultado negativo.

12.6 Nota médica de las 16:40 horas del 15 de enero de 2014, elaborada por AR4 (omitió anotar su nombre completo, cargo, rango, matrícula y especialidad), en la que diagnosticó a V1 neumonía.

12.7 Nota Médica de Medicina Interna de Urgencias de las 23:30 horas del 15 de enero de 2014, signada por SP1, en la que precisó que la radiografía de tórax mostró silueta cardiaca normal, con infiltrados bilaterales algodinosos, hilios congestivos y estableció diagnóstico de neumonía bilateral bacteriana vs. viral (influenza).

12.8 “Hoja de la enfermera” de 16 de enero de 2014, en la que se asentó tratamiento a V1 por quimioprofilaxis con ozeltamir, no obstante que resultó negativa la muestra de influenza.

12.9 Reporte de estudios de laboratorio de V1 de 16 de enero de 2014.

12.10 Nota de Evolución de Matutina Urgencias de las 08:00 horas del 16 de enero de 2014, suscrita por AR2 (omitió anotar su nombre completo, cargo, rango y matrícula), en la que encontró a V1 sin dificultad respiratoria. **(foja 46 reverso)**

12.11 Nota de Evolución de Medicina Interna de las 10:15 horas del 16 de enero de 2014, suscrita por AR5 (omitió anotar su nombre completo, matrícula, rango y especialidad), en la que reportó mejoría de V1 en la saturación con apoyo suplementario de oxígeno.

12.12 Nota de Urgencias de las 15:40 horas del 16 del mismo mes y año, elaborada por AR1 (no asentó su nombre completo, cargo, rango, especialidad y matrícula), en la cual señaló mejoría de V1 desde su ingreso.

12.13 Nota de Evolución de Urgencias de las 5:30 horas del 17 de enero de 2014, realizada por AR6 (omitió anotar su nombre completo, cargo, rango, especialidad y matrícula), en la cual asentó que encontró a V1 estable.

12.14 Hoja de Evolución de Urgencias de las 08:00 horas del 17 de enero de 2014, elaborada por AR2, quien reportó a V1 con ligera dificultad respiratoria, solicitó tele de tórax y nueva biometría hemática de control.

12.15 Nota de Evolución de Medicina Interna de las 08:50 horas del 17 de enero de 2014, firmada AR5 (omitió su nombre completo, cargo, rango y matrícula), en la que estableció que V1 presentó neumonía y focos múltiples por probable influenza e indicó su aislamiento.

12.16 Nota de Urgencia de las 15:20 horas del 17 de enero de 2014, elaborada por AR1 (no asentó su nombre completo, cargo, rango y matrícula), en la que señaló mejoría de V1.

12.17 Nota Médica de Medicina Interna de las 22:00 horas del 17 de enero de 2014, suscrita por SP1, en la que reportó a V1 con lenta mejoría y sin mayor deterioro respiratorio.

12.18 Nota de Evolución de Medicina Interna de las 13:30 horas del 18 de enero de 2014, signada por SP2, en la que reportó a V1 sin datos de aumento de trabajo respiratorio.

12.19 Nota Médica de Urgencias de Guardia de las 04:00 horas del 19 de enero de 2014, elaborada por AR7 (omitió tomar signos vitales y su nombre completo, cargo, rango, especialidad y matrícula), en la cual reportó a V1 con dificultad respiratoria e indicó broncodilatadores y expectorantes para despejar vía aérea.

12.20 Nota Médica de Evolución de Urgencias de las 09:10 horas del 19 de enero de 2014, suscrita por AR8 (omitió tomar signos vitales, su nombre completo, cargo, rango, especialidad y matrícula), en la que reportó a V1 con campos pulmonares limpios y ventilados, asimismo solicitó valoración por medicina interna.

12.21 Hoja de Evolución de Medicina Interna de las 12:00 horas del 19 de enero de 2014, elaborada por SP2, en la que precisó el plan de manejo de V1.

12.22 Hoja de Evolución de Medicina Interna de las 09:30 horas del 20 de enero de 2014, firmada por AR5 (omitió anotar su nombre completo, rango, matrícula y tomar signos vitales), en la que reportó a V1 en malas condiciones generales, con desaturación del 71% (normal 95 a 100%) a pesar del oxígeno suplementario, precisó que la radiografía mostró control neumonía de focos múltiples y solicitó una nueva prueba rápida para influenza.

12.23 Nota de Evolución de las 10:00 horas del 20 de enero de 2014, suscrita por AR3 (omitió su nombre completo, rango y matrícula), en la cual

precisó que la muestra para influenza practicada a V1 el 15 del mismo mes y año, resultó negativa.

12.24 Nota de Urgencias de las 18:00 horas del 20 de enero de 2014, signada por AR1 (omitió su nombre completo, rango y matrícula), en la que asentó que V1 presentó insuficiencia respiratoria e hipoxia (disminución alarmante de la concentración de oxígeno en sangre arterial), por lo que indicó suministro de un fármaco para romper el broncoespasmo.

12.25 “Solicitud de Servicios de Referencia y Contrareferencia” (traslado) de 20 de enero de 2014, elaborada por AR5, la cual no fue gestionada.

12.26 Nota de Urgencias de las 00:15 horas del 21 de enero de 2014, firmada por AR1 (omitió su nombre completo, cargo, especialidad y matrícula), mediante la cual señaló que V1 presentó deterioro respiratorio.

12.27 Hoja de Evolución de Urgencias de las 08:15 del 21 de enero de 2014, signada por AR2 (omitió su nombre completo, cargo y especialidad), en la que indicó que V1 presentó descontrol hipertensivo de 160/100, taquicárdico y desaturación alarmante, baja de oxígeno e hipoventilación difusa.

12.28 Hoja de Evolución de Medicina Interna de las 09:35 del 21 de enero de 2014, suscrita por AR2 (omitió su nombre completo, cargo y especialidad), en la cual reportó grave a V1, con falla cardiaca y solicitó su traslado a otro hospital.

12.29 “Solicitud de Servicios de Referencia y Contrareferencia” de 21 de enero de 2014, elaborada por AR5 y AR9, dirigida al Hospital “Dr. Valentín

Gómez Farías”, a través de la cual solicitaron estudios complementarios y posible intubación orotraqueal para ventilación asistida del paciente.

12.30 “Solicitud de Servicios de Referencia y Contrareferencia” (traslado) de 21 de enero de 2014, firmada por AR5, dirigida al Hospital General “Vasco de Quiroga”.

12.31 Nota de Urgencias de las 11:00 horas del 21 de enero de 2014, signada por AR9 (omitió su nombre completo, cargo, rango, especialidad y matrícula), en la cual reportó a V1 con mayor deterioro respiratorio e hipotenso.

12.32 Nota de Evolución de Medicina Interna de las 13:20 horas del 21 de enero de 2014, firmada por AR5 (omitió su nombre completo, cargo, rango, especialidad y matrícula), en la que asentó que V1 presentó paro cardiorrespiratorio.

12.33 Nota Médica de Urgencias de las 16:18 horas del 21 de enero de 2014, suscrita por AR10 (omitió su nombre completo, cargo, rango, especialidad, matrícula y realizar la nota de egreso), en la que refirió como causas de la muerte de V1: “*infarto pulmonar, neumonía de focos múltiples e insuficiencia cardíaca con fibrilación A-B.*”

13. Oficio 2.11.15.4.3/106/2014 de 10 de junio de 2014, suscrito por SP3, a través del cual informó que el 20 de enero de ese año, se pidió traslado a Infectología, Morelia, Michoacán. Asimismo, remitió algunos informes de V1, relativos a los médicos que intervinieron en la atención médica del paciente, los cuales son los siguientes:

13.1 Informe suscrito por AR5, en el que señaló su intervención en la atención de V1.

13.2 Informe firmado por SP4, en el que detalló las actividades que realizó para la transferencia de V1 a un Hospital de tercer nivel de atención.

14. Oficio 2.11.15.4.3/120/2014 de 23 de junio de 2014, signado por el Director de la Clínica Hospital de ese Instituto, a través del cual remitió lo siguiente:

14.1 Informe signado por AR1, en el que describió su intervención en la atención de V1

14.2 Informe, suscrito por SP5, quien fungía como Director Médico de la Clínica Hospital en el momento que ocurrieron los hechos.

15. “Acta de Defunción” de V1, en la que se precisó como fecha y hora de fallecimiento las 16:18 horas del 21 de enero de 2014 y se indicó como causas de muerte: “*infarto pulmonar y neumonía de focos múltiples.*”

16. “Opinión Médica” de 28 de noviembre de 2014, emitida por peritos médicos de esta Comisión Nacional sobre la atención médica que se proporcionó a V1 en el Área de Urgencias de la Clínica Hospital.

17. “Acta Circunstanciada” de 13 de abril de 2015, suscrita por personal de este Organismo Nacional, en la que se hizo constar la llamada telefónica que se recibió por parte de personal del ISSSTE, quien informó que se inició queja con motivo del deceso de V1 ante el Comité de Quejas Médicas de ese Instituto, la cual se dictaminó procedente y se aprobó pago de indemnización.

18. Oficio SG/SAD/JSCDQR/2068/15 recibido en este Organismo Nacional el 14 de mayo de 2015, suscrito por el Jefe de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolso del ISSSTE, a través del cual adjuntó copia simple del memorándum SG/SAD/JSDHPS/018/2015, mediante el cual remitió las constancias de los informes finales de los cursos “Temas Específicos de Derechos Humanos” y “Conceptos Básicos de Derechos Humanos, Cuarta Generación”, impartido del 14 de agosto al 28 de septiembre de 2014 y del 17 de marzo al 25 de abril de 2014, respectivamente, a funcionarios y trabajadores del ISSSTE de 19 delegaciones estatales y regionales, 9 hospitales regionales, el Centro Médico Nacional, 4 unidades centrales y 4 órganos desconcentrados y un sindicato.

19. Oficio SG/SAD/JSCDQR/2069/15 recibido en este Organismo Nacional el 19 de mayo de 2015, suscrito por el Jefe de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolso del ISSSTE, mediante el cual se solicitó al Director de la Clínica Hospital Uruapan del Progreso, la emisión de una circular dirigida al personal médico y administrativo de ese nosocomio para obtener la certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas, así como el manejo y observancia de la NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los Servicios de Salud”*.

20. “Acta Circunstanciada” de 6 de julio de 2015, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que Q1 no ha sido enterado por las autoridades del ISSSTE sobre alguna determinación de la queja que formuló.

21. Oficio SG/SAD/JSCDQR/3478/2015 recibido en este Organismo Nacional el 24 de julio del 2015, mediante el cual el titular de la Jefatura de Servicios de la Subdirección de Atención al Derechohabiente remitió a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, los diversos SG/SAD/SJ/191/2014, SG/SAD/JSDHPS/0155/2015 y 0156/2015. En cuanto al primero, le solicitó al Secretario Técnico del Consejo Consultivo de la Institución un Curso de Capacitación Integral sobre Derechos Humanos y la observancia de las Normas

Oficiales Mexicanas; respecto a los dos restantes, le comunicó al Director de la Clínica Hospital Uruapan del Progreso y a la Jefa de la Unidad de Atención al Derechohabiente de la Delegación Estatal del ISSSTE en Michoacán, la impartición del “Curso Preventivo de Recomendaciones de la CNDH-2015” el 18 y 19 de mayo de 2015 al personal del referido nosocomio, al que adjuntó las constancias de dicho curso.

22. “Acta Circunstanciada” de 14 de agosto de 2015, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que a Q1 no le han notificado la procedencia de la queja por parte del ISSSTE, ni ha recibido pago por reparación del daño.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

23. El 14 de enero de 2014, V1 ingresó a la Clínica Hospital debido a que presentaba dificultad para respirar. Inicialmente se le diagnóstico probable bronconeumonía, permaneció estable hasta el 19 del mismo mes y año; sin embargo, el 20 y 21 de enero de 2014, AR1, AR2, AR3, AR5 y AR9 omitieron brindarle una adecuada atención y vigilancia estrecha que requería, lo que ocasionó el deterioro de su salud, que derivó en su fallecimiento el 21 de enero de 2014. El 10 de febrero y 17 de julio de 2014, Q1 presentó sendos escritos de queja.

24. El 30 de septiembre de 2014, se acumuló el expediente CNDH/4/2014/5075/Q al diverso CNDH/1/2014/2748/Q, por tratarse de los mismos hechos. **(Foja 84)**

25. El 13 de abril de 2015, personal del ISSSTE informó a este Organismo Nacional que se inició queja ante el Comité de Quejas Médicas de ese Instituto, la cual se dictaminó procedente y se aprobó la indemnización por la muerte de V1.

26. El 14 de agosto de 2015, Q1 comunicó a este Organismo Nacional que hasta la fecha no se le ha notificado por parte de las autoridades del ISSSTE sobre la procedencia de la queja que interpuso, ni ha recibido pago alguno por concepto de reparación del daño.

IV. OBSERVACIONES.

27. Los adultos mayores requieren una atención médica integral de carácter preferente, debido a los cambios que en el proceso de envejecimiento presentan para mejorar el pronóstico y la calidad de atención en esta etapa de la vida, que les debe ser brindada por personal especializado de manera digna y con sensibilidad.

28. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2014/2748/Q y su acumulado CNDH/4/2014/5075/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos, a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1 en su calidad de adulto mayor, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR5 y AR9 adscritos a la Clínica Hospital.

29. Este Organismo Nacional precisa que del 14 al 19 de enero de 2014, la atención brindada a V1 en el Área de Urgencias de la Clínica Hospital fue adecuada, debido a que desde su ingreso, esto es, a las 16:50 horas del 14 de enero de 2014, a pesar de que los médicos tratantes lo reportaron con dificultad respiratoria de 12 días de evolución acompañada de fiebre no cuantificada, de inmediato ordenaron su hospitalización y se le suministró antibiótico de amplio espectro, oxígeno en puntas nasales a 3 litros por minuto, nebulizaciones simples, cuidados generales de enfermería, le practicaron los estudios de laboratorio, radiografía de tórax y se le diagnóstico neumonía bacteriana vs. viral (influenza).

30. A pesar de que V1 no presentó síntomas de alguna infección viral, pero ante la persistencia de fiebre, se realizó el estudio epidemiológico para influenza, el cual resultó negativo; pero consideraron el riesgo de un caso probable de influenza y se le administró quimioprofilaxis con el fármaco ozeltamivir a partir del 16, aun cuando el examen de orina arrojó proceso infeccioso neumónico y urinario, se encontraba cubierto con el suministro del esquema antimicrobiano y el fármaco referido. El 16, 17,18 y 19 de enero, se reportó al paciente sin dificultad respiratoria, estable y se continuó con la administración de broncodilatadores y expectorantes para despejar la vía aérea, derivado de que la nueva radiografía de tórax mostró imágenes densas múltiples bibasales (dos bases pulmonares).

31. Lo anterior se sustentó en la opinión emitida por los expertos de este Organismo Nacional en la que señalaron que V1 padeció una neumonía atípica, que fue tratada adecuadamente del 14 al 19 de enero de 2014, lo cual permitió una estabilidad en la salud del paciente.

A. INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y PÉRDIDA DE LA VIDA.

32. De las evidencias que obran en el expediente de queja y de la opinión emitidas por expertos de este Organismo Nacional, se advirtió la inadecuada atención médica brindada a V1 en el Área de Urgencias de la Clínica Hospital el 20 y 21 de enero de 2014, en razón a las siguientes consideraciones:

33. A las 9:30 horas del 20 de enero de 2014, AR5 reportó a V1 en malas condiciones generales, con desaturación del 71% (normal 95 a 100%), a pesar del oxígeno suplementario, asentó que la radiografía de tórax de control practicada al paciente mostró focos múltiples por lo que solicitó a epidemiología la prueba rápida para influenza y requisitó el formato de interconsulta a infectología como se apreció en la hoja de evolución de medicina interna.

34. Se advirtió que AR5 a pesar de que encontró a V1 con los síntomas descritos, omitió intubarlo y proporcionarle ventilación asistida mecánica, además no solicitó interconsulta urgente a terapia intensiva o al menos gasometría arterial (prueba para evaluar la función pulmonar), incumpliendo lo señalado en la GPC-PDTNA-CA, que describe las recomendaciones que deben hacer los médicos tratantes para mejorar el pronóstico y calidad de atención en los pacientes con neumonía, que en lo conducente precisa *“La admisión directa a UCI [Unidad de Cuidados Intensivos] (...) cuando el paciente (...) tiene insuficiencia respiratoria aguda que requiere intubación y asistencia mecánica a la ventilación”*.¹

35. A las 10:00 horas del 20 del mismo mes y año, AR3 precisó en la nota de evolución que la prueba de influenza practicada al paciente el 15 de enero del mismo año, resultó negativa y que inició su tratamiento con oseltamivir, sin embargo, AR3 omitió realizar una adecuada y acuciosa exploración física de V1 que le hubiera permitido advertir que el paciente ameritaba intubación y ventilación mecánica asistida urgente, así como valoración por terapia intensiva, debido a que presentó insuficiencia respiratoria severa, incumpliendo el punto 6.1.2 de la de la NOM-004-SSA3-2012, que señala *“Exploración física.-Deberá contener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen...”*.²

36. En la nota de urgencias de las 18:00 horas del 20 de enero del mismo año, AR1 señaló que encontró a V1 con *“neumonía, disnea muy marcada desaturación de oxígeno de 80% a pesar del oxígeno a 10 litros por minuto, disociación tarocopulmonar, campos pulmonares hipoventilados, esfuerzo respiratorio,*

¹ Emitida por el Consejo de Salubridad General. Secretaría de Salud, 2009. Referencia y Contrareferencia.

² Documento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012, el cual entró en vigor el 13 de diciembre del mismo año, numeral 6.1.2.

estableció insuficiencia respiratoria e hipoxia (disminución alarmante de la concentración de oxígeno en sangre arterial)”, a pesar de ello, AR1 omitió intubar al paciente de inmediato, brindarle ventilación mecánica asistida, solicitar su ingreso urgente a la Unidad de Cuidados Intensivos y requerir gasometría arterial como lo establece la GPC-PDTNA-CA.

37. Además AR1, mediante un inadecuado tratamiento farmacológico, señaló la administración de 2mg subcutáneos en dosis única de adrenalina, fármaco indicado para romper el broncoespasmo (contracción anormal del músculo liso de los bronquios), síntoma que no presentó el paciente, nebulizaciones con broncodilatador y esteroide, y oxígeno a 15 litros por minuto. Además, de que la interconsulta urgente que solicitó a medicina interna no se realizó, dado que no existe constancia en el expediente clínico.

38. Si bien se realizó una solicitud de traslado de V1 al Hospital General “Vasco de Quiroga” en Morelia, Michoacán el 20 de enero de 2014, elaborada por AR5, con la finalidad de que recibiera valoración por infectología, se le practicaran estudios complementarios y posible intubación oro-traqueal para ventilación asistida, lo cierto es que no existe constancia de que se haya realizado el traslado correspondiente.

39. Lo anterior se corroboró con el informe suscrito por SP4, Jefe del Departamento de referencia, contrarreferencia y telemedicina de la Clínica Hospital, relativo al traslado de V1 a dos hospitales de tercer nivel, siendo uno de ellos, el Hospital General “Vasco de Quiroga” con resultados negativos, que se gestionó el 21 de enero de 2014 y no el 20 del mismo mes y año, por tanto, AR5 infringió lo previsto en el punto 6.2.7 de la NOM-027-SSA3-2013,³ que en lo conducente puntualiza: *“En caso de traslado del paciente a otra unidad de mayor*

³Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de septiembre de 2013, la cual entró en vigor el 4 de noviembre de ese año, numeral 6.2.7 (De la organización y funcionamiento del servicio de urgencias).

grado de complejidad y poder de resolución, el médico del servicio, deberá elaborar la nota de referencia/traslado e integrar una copia en el expediente clínico...”

40. A las 00:15 horas del 21 de enero de 2014, AR1 asentó en la nota de urgencias que V1 presentó *“deterioro respiratorio, presión arterial 110/60, frecuencia cardíaca de 100 lpm, frecuencia respiratoria aumentada a 32 rpm, 36.5°C”*, que los familiares se negaron a que se le administrara tratamiento institucional y que fuera trasladado al hospital de alta especialidad. Además, indicó continuar con el mismo manejo a reserva de la respuesta de los familiares, sin embargo, AR1 omitió intubar al paciente e ingresarlo a la Unidad de Cuidados Intensivos, como lo señala la GPC-PDTNA-CA, la cual considera que la frecuencia respiratoria mayor de 25 por minutos (rpm) y la ausencia de fiebre, son patrones clínicos de la neumonía.

41. Ocho horas después, esto es, a las 08:15 del 21 de enero de 2014, AR2 reportó a V1 *“con descontrol hipertensivo de 160/100, taquicárdico, polipneico, con desaturación alarmante baja de oxígeno de 58% (normal 94-100%) e hipotenvilación difusa”*, por lo que indicó *“mismo manejo”*, sin especificar cuál y asentó *“el día de ayer se solicitó gasometría arterial por la tarde y no se le dio seguimiento”*, como se advirtió de la hoja de evolución de urgencias; sin embargo, AR2 omitió intubar al paciente y proporcionarle ventilación asistida inmediata, solicitar gasometría, valoración por terapia intensiva, y debió corregir el descontrol hipertensivo.

42. En la misma fecha, a las 09:35 horas, AR2 nuevamente valoró a V1 y lo reportó *“grave, con empeoramiento, hipertensión arterial, mayor deterioro respiratorio, polipneico, agitado, desaturación de oxígeno al 75% (normal 94-100%), con falla cardíaca”*, precisando en su hoja de evolución que *“el traslado a unidad de apoyo en trámite, piden gasometría arterial, estudio que carecemos,*

además la gasometría varía de un momento a otro, y no debe ser condición para apoyarnos con este paciente, aunque la prueba rápida para influenza H1N1, fue negativa, clínicamente se comporta como tal, esperamos apoyo de una unidad de cuidados intensivos para asistencia ventilatoria a la brevedad”, e indicó suministrar al paciente oxígeno a 10 litros por minuto por mascarilla, nebulizaciones con budesonida (corticoesteroide), salbutamol (broncodilatador), digoxina (antiarrítmico cardíaco), triple esquema antimicrobiano (cipofloxacino, levofloxacino y claritromicina), antiviral (ozeltamivir), diurético (furosemida) y antihipertensivo (losartan). AR2 omitió intubar al paciente y proporcionarle ventilación asistida.

43. Este Organismo Nacional no desconoce que obran en el expediente de queja dos solicitudes requisitadas de referencia (traslado) de V1, de la Clínica Hospital a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General “Vasco de Quiroga”, y al Hospital Regional “Dr. Valentín Gómez Farías” en Guadalajara, Jalisco, de fecha 21 de enero de 2014, empero, las mismas fueron solicitadas con demora, esto es, 24 horas después de que se agravó la salud del paciente, por lo que no era factible su transferencia.

44. SP3, en su informe relacionado con la atención médica que se le brindó a V1 de 10 de junio de 2014, precisó que el 21 de enero de 2014 estaba en espera del traslado del paciente a un tercer nivel, y que los familiares se negaron a la referencia; en similares términos se manifestó AR1 en su nota de urgencias de la misma fecha.

45. Las versiones de SP3 y AR1 no se encuentran corroboradas con algún elemento de prueba, por el contrario, Q1 en sus escritos de queja, señaló que al darse cuenta de que se agravó el estado de salud de su padre, pidió su traslado a un hospital especializado, pero no se realizó, afirmación que se robusteció con la exposición de SP4, quien puntualizó que a las 08:00 horas del 21 de enero de

2014, se entrevistó con Q1, quien le solicitó le informara sobre la referencia del paciente a diverso hospital, pero al revisar electrónicamente en sus archivos, verificó que no había solicitud de traslado, por lo que le sugirió le comentara esa situación al médico.

46. SP4 refirió que a las 9:20 horas del 21 de enero de 2014, recibió el formato de traslado (SM1-17) de V1 al servicio de infectología, pero a las 9:40 horas le enviaron la corrección vía red institucional, señalando que por las condiciones del paciente, deberá ser enviado a la Unidad de Cuidados Intensivos, por lo que gestionó las referencias, pero fueron negadas, puesto que a las 10:17 horas el Coordinador de Terapia Intensiva del Hospital de Alta Especialidad de Morelia le comunicó *“no hay recursos físicos, equipo médico, servicio de UTI [Unidad de Terapia Intensiva] saturado”*, y a las 11:20 horas, SP6, le informó *“Misma capacidad Resolutiva, UCI saturado, Urgencias Saturado”*.

47. Se advirtió que los médicos tratantes no realizaron el traslado oportuno de V1 a un hospital mejor equipado y con mayor capacidad resolutiva, con la finalidad de que el paciente recibiera una valoración especializada en razón del padecimiento identificado y brindarle un mejor pronóstico de vida. Lo anterior en virtud de que AR5 asentó en su nota de evolución de las 09:30 horas del 20 de enero de 2014, que V1 requería esa atención especializada e incluso requisitó el formato para el traslado, sin embargo, éste se realizó hasta el 21, cuando la salud del paciente se agravó y no era factible su transferencia; por tanto, AR1, AR2, AR3, AR5 y AR9 incumplieron lo dispuesto en el artículo 74 del RLGS-MPSAM que establece: *“Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo”*.

48. A las 11:00 horas del 21 de enero de 2014, AR9 precisó en la nota de urgencias que V1 presentó *“mayor deterioro respiratorio e hipotenso (presión*

arterial de 60/30)” por lo que indicó la administración de “2 ampollas de dopamina en 250 ml de solución fisiológica”, sin embargo, omitió realizar una adecuada exploración física para encontrar el origen de la hipotensión, no obstante el estado de gravedad de V1, lo que provocó que el paciente progresara al paro cardiorrespiratorio, por tanto, incumplió lo indicado en el supracitado punto 6.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012 y lo dispuesto en la GPC-PDTNA-CA que señala las características que se han asociado al riesgo de mortalidad en los pacientes con neumonía, siendo “*presencia de co-morbilidad, incremento de la edad...hipotensión arterial, hipoxemia, insuficiencia respiratoria...*”

49. El paro cardiorrespiratorio que padeció V1, se confirmó con la nota de evolución de las 13:20 horas del 21 de enero del mismo año, en la que AR5 lo describió, pero omitió precisar a qué hora y cuánto tiempo duró; en ese momento, se intubó al paciente y conectó a ventilación mecánica asistida, se le reportó con presión arterial de cero “*en estado grave y fatal a corto plazo*”, e indicó “*ayuno, signos vitales cada dos horas, cuidados generales de enfermería, ventilador en parámetros establecidos, soluciones a requerimiento, protector gástrico (omeprazol), antibiótico de amplio espectro y contra gérmenes nosocomiales (meropenem) y esteroides (metilprednisolona)*”, empero, debido a la dilación de la intubación y ventilación no se le brindó mejoría a la salud de V1.

50. En el Acta de Defunción se asentó que V1 falleció a las 16:18 horas del 21 de enero de 2014 y como causa de la muerte: “*infarto pulmonar, neumonía de focos múltiples*”.

51. De las evidencias descritas y de la opinión médica emitida por expertos de esta Comisión Nacional, se observó que derivado del inadecuado manejo de AR1, AR2, AR3, AR5 y AR9 que intervinieron en la atención de V1, el 20 y 21 de enero de 2014, omitieron establecer diagnóstico de infarto pulmonar e insuficiencia cardíaca con fibrilación A-B (arritmia cardíaca) que presentó V1, dado que en las

notas médicas que obran en el expediente clínico no se mencionó ese diagnóstico, por tanto, incumplieron lo establecido en el artículo 33, fracción II de la LGS, que señala que una de las actividades de la atención médica es la “curativa” que tiene como finalidad emitir *“un diagnóstico temprano para proporcionar el tratamiento oportuno”*, relacionado con el diverso 15 del RSM-ISSSTE que establece *“El Médico Tratante será el responsable ante el Instituto y sus pacientes, de los diagnósticos y tratamientos que establezca dentro de las instalaciones del Instituto...”*

52. Se observó que derivado de la inadecuada atención médica, V1 permaneció en el nosocomio referido sin vigilancia y manejo estrecho los días siguientes:

- a) El 19 de enero de 2014, de las 12:00 horas a las 09:30 horas del 20, 21 horas con 30 minutos, lapso en el que no hay constancias médicas, por tanto, no fue posible establecer el momento en que se agravó el estado de salud del paciente, como se aprecia de la hoja de evolución de medicina interna.
- b) El 20 de enero de 2014, de las 10:00 a las 18:00 horas, es decir, 8 horas, como se advierte de la nota de evolución y de urgencias.
- c) El 21 de enero de 2014, de las 00:15 a las 08:15 horas, equivalen a ocho horas, como se desprende de la nota de urgencias y evolución.

53. De las evidencias descritas, se desprende que a V1 no se le brindó la vigilancia estrecha que requería, a pesar de que presentó neumonía e insuficiencia respiratoria severa, lo que se traduce en desatención del paciente, lo cual se corroboró con la hoja de evolución de urgencias de las 08:15 horas del 21 de enero de 2014, en la que se asentó *“se solicitó gasometría arterial un día antes, no se le dio seguimiento”*, estudio que no se le práctico. Lo anterior demuestra que

la falta de vigilancia del paciente contribuyó a su muerte, por tanto, AR1, AR2, AR3, AR5 y AR9 incumplieron los lineamientos de los puntos 6.2, 6.2.2 y 6.2.5 de la NOM-027-SSA3-2013 que establecen, para la atención del paciente en el servicios de urgencias, será necesario “... *valorar continua y permanentemente a los pacientes que se encuentran en el área de observación, así como registrar las notas de evolución, por turno al menos cada 8 horas y cuando existan cambios clínicos y terapéuticos significativos en las condiciones clínicas del paciente...*”; asimismo, dar “*seguimiento y vigilancia de los pacientes que fueron ingresados en el servicio, que permitan garantizar la continuidad de su manejo, sobre todo con motivo de los cambios de turno*”.

54. De las evidencias reseñadas y de la opinión médica de los expertos de esta Comisión Nacional, se advirtió que a pesar de que V1 presentó neumonía e insuficiencia respiratoria severa, AR1, AR2, AR3, AR5 y AR9, no le brindaron la atención de urgencia que requería consistente en intubarlo de inmediato y proporcionarle la ventilación mecánica asistida e ingresarlo a la Unidad de Cuidados Intensivos, como lo establece la GPC-PDTNA-CA, no obstante que las circunstancias lo ameritaban, como el deterioro en su estado de salud, neumonía y desaturación alarmante de oxígeno, por tanto, debieron solicitar interconsulta urgente a terapia intensiva para manejo multisoporte o cuando menos gasometría arterial (para determinar los valores de sangre de oxígeno, dióxido de carbono y su PH [acidez], para evaluar el funcionamiento de los pulmones), así como corregir el descontrol hipertensivo que le hubiera brindado un mejor pronóstico de vida.

55. No pasa desapercibido para este Organismo Nacional, que fue hasta las 13:20 horas del 21 de enero de 2014, se intubó al paciente y conectó a ventilación mecánica asistida, a pesar de que a las 09:30 horas del 20 del mismo mes y año, AR5 lo reportó en malas condiciones, con desaturación del 71% (normal 95 a 100%), como se advirtió de la hoja de evolución de medicina interna, por tanto,

esa atención dilatoria ya no le brindó mejoría en su salud, lo cual se confirmó al reportarse con presión arterial de cero, en estado grave, que más tarde le produjo la muerte.

56. Los médicos tratantes contravinieron lo dispuesto en el artículo 48 del RLGS-MPSAM que dispone: *“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 ...”*, relacionado con la fracción III del artículo 27 de la LGS, que precisa que la atención médica integral, incluye la atención de urgencias, el cual es un derecho de los beneficiarios de conformidad con la fracción XII del ordinal 77 bis 37 de la referida ley, en concordancia con el diverso 72 de su RLGS-MPSAM, que señala: *“Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata”*, correlacionado con la fracción LVI del artículo 2 del RSM-ISSSTE, que define la urgencia en similares términos.

57. Para que la atención médica que se brinda en el área de urgencias de los hospitales se proporcione con calidad y seguridad, es necesario que los establecimientos médicos del sector público cuenten con personal, medicamentos y equipo médico suficientes que permitan atenuar, detener, e incluso, revertir la gravedad que presentan los pacientes en una urgencia médica. El médico responsable del servicio de urgencias debió establecer los procedimientos médico-administrativos internos y disponer lo necesario para proporcionar esa atención y estar disponibles permanentemente.

58. En el caso particular, se incumplió con lo dispuesto en el artículo 21 del RLGS-MPSAM que señala: *“En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo a las normas oficiales mexicanas correspondientes, con personal suficiente e idóneo”*, relacionado con el diverso 26 del mismo ordenamiento legal, que precisa: *“Los establecimientos que presten*

servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría”, y lo señalado en los puntos 4.1, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5 y 5.6 de la NOM-027-SSA3-2013, principalmente cuando el paciente se encuentra en un estado de gravedad que requiera atención inmediata para poder limitar progresión en la enfermedad o daño físico que ponga en riesgo su vida, por tanto, se considera que existe responsabilidad institucional por parte de la Clínica Hospital.

59. De las evidencias analizadas, se acreditó la responsabilidad institucional de la Clínica Hospital, puesto que no se garantizó el derecho a la protección a la salud de V1, al no proporcionarle de manera oportuna la atención y traslado que requería en un hospital de tercer nivel, con motivo de la gravedad y complejidad del padecimiento que presentó, dado que la solicitud de traslado a un hospital especializado se gestionó hasta el 21 de enero de 2014, cuando no era factible su referencia debido a que se agravó la salud del paciente, por tanto, los médicos tratantes incumplieron con lo dispuesto en el artículo 73 del RLGS-MPSAM que señala: *“El responsable del servicio de urgencias del establecimiento, está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido”,* relacionado con los diversos 54 del RSM-ISSSTE que en lo conducente refiere *“... en caso de ser necesaria la referencia del paciente, se hará con base en la regionalización del Instituto”,* y 62 del mismo ordenamiento legal que puntualiza *“Las Unidades Hospitalarias procederán a generar el egreso de pacientes cuando (...) por su traslado derivado de la necesidad de atención en alguna Unidad Hospitalaria de mayor capacidad resolutive (...).”*

60. No pasa desapercibido para este Organismo Nacional, que aun cuando se solicitó con dilación el traslado de V1 a un tercer nivel de atención, los hospitales

requeridos, es decir, el Hospital de Alta Especialidad de Morelia, señaló no contar con recursos físicos y equipo médico, además de que el servicio de Terapia Intensiva (UTI) se encontraba saturado, en tanto que el Hospital Regional “Dr. Valentín Gómez Farías” comunicó que la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y urgencias se encontraban saturadas. En este sentido, la normatividad que rige al ISSSTE señala que están obligados a atender las transferencias de pacientes, sobre todo cuando se encuentra en riesgo la vida del paciente, por tanto, incumplieron lo establecido en el artículo 74 del RLGS-MPSAM que señala *“Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo”*, también el artículo 110 del RSM-ISSSTE que dispone *“Corresponde a la Unidad Médica a que refiere, realizar la gestión ante la unidad receptora y en caso de negativa de atención por saturación o por carecer de la infraestructura necesaria, se podrá subrogar la atención de acuerdo a la normatividad vigente”*, relacionado con el diverso 111 del mismo ordenamiento legal que señala *“Corresponde a la Unidad Médica receptora del paciente, proporcionar la Atención Médica que le haya sido solicitada por la Unidad Médica emisora, evitando diferir la atención (...)”*. Lo que se traduce en responsabilidad institucional de la Clínica Hospital.

B. INOBSERVANCIA DE LA NORMATIVIDAD SOBRE EL EXPEDIENTE CLÍNICO.

61. Los peritos de esta Comisión Nacional observaron que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10 en las notas médicas de la atención brindada a V1 en el Área de Urgencias de la Clínica Hospital, omitieron asentar el nombre completo, cargo, rango, matrícula y especialidad del médico tratante y algunos datos son ilegibles y con abreviaturas; por su parte, además, AR1, AR7 y AR8 no tomaron los signos vitales del paciente y AR10 no realizó la nota de egreso, por lo

que infringieron los lineamientos establecidos en los puntos 5.10, 5.11, 7.1.2, 8.9, 8.9.1, 8.9.2, 8.9.3, 8.9.4 y 8.9.5 de la NOM-004-SSA3-2012.

62. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

63. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012. ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en las Recomendaciones 1/2011, 5/2011, 6/2011, 9/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 2/2012, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012, 58/2012, 63/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 23/2013, 24/2013, 33/2013, 46/2013, 60/2013, 86/2013, 1/2014, 2/2014, 6/2014, 8/2014, 13/2014, 14/2014, 15/2014, 20/2014, 22/2014, 24/2014, 25/2014, 29/2014, 30/2014, 33/2014, 35/2014, 37/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 11/2015, 19/2015, 20/2015, 24/2015 y 25/2015, en las que se señalaron, precisamente, las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos. A pesar de las Recomendaciones emitidas, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana “Del expediente clínico”, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. Las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera

que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos. En este caso llama la atención que los diez médicos que intervinieron en la atención del paciente, no señalaron su nombre completo, cargo, rango y matrícula, y algunas notas son ilegibles y presentaron abreviaturas.

64. La sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”⁴, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha sostenido que “...*la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como 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. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversas naturaleza*”.

65. De todo lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR5 y AR9 vulneraron los derechos a la protección de la salud que propició la pérdida de la vida en agravio de V1 en su calidad de adulto mayor, contenidos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2, fracciones I, II y V; 3º fracción II, 23, 27, fracciones III, X y XI; 32, 33, 51 párrafo primero, 77 Bis 9, fracción V, 77 Bis 37, fracción XII de la LGS; 48, 71, 72, 73 y 74 del RLGS-MPSAM; 27 y 29 de la Ley del ISSSTE; 1, 15, 44, 45, 54, 62, 110 y 111 del RSM-ISSSTE; las NOM-004-SSA3-2012 y NOM-027-SSA3-2013 y la *Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos*.

⁴Sentencia de 22 de noviembre de 2007 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 68.

66. la Corte Interamericana ha sostenido que: *“El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido...”*.⁵

67. En los numerales 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (“Pacto de San José de Costa Rica”); 10.1, 10.2, incisos a), b) y f), 17, párrafo primero, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”); 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 12.1 y 12.2, inciso d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; I y XI de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre; 3 y 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, se señala el derecho a la vida, la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos y se establece el margen mínimo de prestación en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico de calidad y adoptar para tal efecto las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho, en especial de los adultos mayores.

68. Esta Comisión Nacional en la Recomendación General número 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud” del 23 de abril de 2009, estableció que: *“el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”*. Se reconoce que la protección a la salud *“... es un*

⁵ “Caso de los Niños de la calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”, sentencia de 19 de noviembre de 1999, párrafo 144.

derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud.” Se advirtió, además, que “el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”.

69. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas emitió la Observación General 14, sobre “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, tutelado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales,⁶ en la que se determinó que tal derecho no solamente implica obligaciones de carácter positivo al Estado, de procurar que las personas disfruten del más alto nivel posible de salud física, mental y social, sino también, obligaciones de carácter negativo o de abstención, que impidan la efectividad del derecho a la salud, por lo que el Estado y las instituciones de salud deben abstenerse de que impidan el acceso a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud.

70. Al respecto es aplicable, en cuanto a garantizar la efectividad del derecho de protección a la salud, la parte conducente de la Tesis Aislada (Constitucional) de la Suprema Corte de Justicia de la Nación⁷ que establece lo siguiente:

“DERECHO A LA SALUD. IMPONE AL ESTADO LAS OBLIGACIONES DE GARANTIZAR QUE SEA EJERCIDO SIN DISCRIMINACIÓN ALGUNA Y DE ADOPTAR LAS MEDIDAS PARA SU PLENA REALIZACIÓN. Del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, según el cual toda persona tiene derecho a la salud, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia. El Estado Mexicano ha suscrito convenios internacionales que

⁶ Aprobado el 11 de mayo de 2000.

⁷ Registro 161 333, XVI/2011, Pleno, Novena Época, Tomo XXXIV, agosto de 2011, pág. 29.

muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este derecho, y existen documentos que esclarecen su contenido y alcance jurídico mínimo consensuado. Así, la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, por ejemplo, dispone que el derecho a la salud garantiza pretensiones en términos de disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud y refiere que los poderes públicos tienen obligaciones de respeto, protección y cumplimiento en relación con él. Algunas de estas obligaciones son de cumplimiento inmediato y otras de progresivo, lo cual otorga relevancia normativa a los avances y retrocesos en el nivel de goce del derecho. Como destacan los párrafos 30 y siguientes de la Observación citada, aunque el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representa la limitación de los recursos disponibles, también impone a los Estados obligaciones de efecto inmediato, como por ejemplo las de garantizar que el derecho a la salud sea ejercido sin discriminación alguna y de adoptar medidas para su plena realización, que deben ser deliberadas y concretas (...)”.

71. Una las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, para proteger, promover y restaurar la salud de las personas. En el presente caso, el personal médico de la Clínica Hospital debió considerar el estado integral del paciente, al brindarle la atención médica de urgencia y realizar una adecuada valoración que le permitiera emitir un diagnóstico certero y con ello proporcionar a V1, el tratamiento oportuno que requería, con la calidad que debe imperar en la prestación de dicho servicio público, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas AR1, AR2, AR3, AR5 y AR9 no llevaron a cabo.

C. SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES.

72. Vinculado a la transgresión de los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1, se afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de adulto mayor, específicamente a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad, por tratarse de una persona de 62 años, con un cuadro de neumonía e insuficiencia respiratoria severa, que durante su hospitalización en el nosocomio referido tenía la atención médica preferente, atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida, considerada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, lo cual implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal de la Clínica Hospital.

73. El artículo 1º, párrafo quinto constitucional, establece que queda prohibido cualquier acto "*...que atente contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas*", relacionado con los artículos 11.1 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, y 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en términos generales se refieren al derecho al trato digno que debe recibir toda persona, por lo que se debe promover, proteger y asegurar todos sus derechos humanos y libertades, en particular los adultos mayores; por su situación de vulnerabilidad.

74. El derecho al trato digno entendido como la prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el orden jurídico, se vulneró en agravio de V1, al no recibir la atención preferente durante su hospitalización que le permitiera una atención médica que satisficiera sus necesidades en su estado de salud y porque las intervenciones de AR1, AR2,

AR3, AR5 y AR9, en el Área de Urgencias de la Clínica Hospital contribuyeron a que su estado de salud se agravara y que derivara en la pérdida de la vida.

75. Los citados artículos 17, párrafo primero del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”); los referidos 12.1 y 12.2 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 de “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”⁸; los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad⁹, y la Declaración sobre los Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad¹⁰ establecen que los adultos mayores constituyen un grupo vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado, porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en una situación de desatención que son los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

76. En el mismo sentido, se han pronunciado la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena en 1982 de la que derivó el Primer Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento; la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos en 1993 (de la que emanó la Declaración citada); la segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Madrid en 2002, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento en 2003; la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en 2003; la Declaración de Brasilia en 2007; el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre las personas mayores en 2009; la Declaración de compromiso de Puerto

⁸ Aprobada el 24 de noviembre de 1995.

⁹ Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1991 en la Resolución 46/91,

¹⁰ Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1992.

España en 2009 y la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe en 2012.

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

78. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas consideradas adultos mayores, el 25 de junio de 2002 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en cuyo artículo 3, fracción I, establece que: *“Personas adultas mayores: Aquéllas que cuentan con sesenta años o más de edad”*; y en el diverso 4, fracción V dispone como principio rector del referido ordenamiento legal la atención preferente, considerada como *“...aquélla 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.”*

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

80. Es preciso destacar que este Organismo Nacional ha formulado a ese Instituto las Recomendaciones 15/2012 del 26 de abril de 2012, 20/2012 del 17 de mayo de 2012 y 32/2012 del 9 de julio de 2012, respecto a las violaciones a derechos humanos cometidos en agravio de las personas consideradas en situación de vulnerabilidad, como los adultos mayores.

81. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR5 y AR9 incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 8º, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, que prevé la obligación que tienen 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.

D. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

82. Es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, y 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 1, 2, y 9, de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe

investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

83. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VII, 73 fracción V, 74, 88, fracción II, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 y demás aplicables del “Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”, de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas¹¹, al acreditarse violaciones a los derechos humanos por inadecuada atención médica y pérdida de la vida en agravio de V1, se deberá inscribir a V1 y demás familiares que conforme a derecho corresponda en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral.

84. 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”* adoptados por la Organización de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 2005, y en diversos criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se establece que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

¹¹ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015.

85. En el “Caso *Espinoza González vs. Perú*”, la Corte Interamericana de Derechos Humanos enunció que: “...*toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado*”, además precisó que: “...*las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos.*”¹²

86. Sobre el “*deber de prevención*” la Corte Interamericana de Derechos Humanos sostuvo que: “...*abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte*”.¹³ En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos de V1, que derivó en la pérdida de su vida, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados los términos siguientes:

i. Rehabilitación.

87. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se debe brindar a Q1 y demás familiares de V1 que conforme a derecho corresponda, la atención psicológica que requieran, previo consentimiento informado, el cual debe ser

¹² Sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas), párrafos 300 y 301.

¹³ Sentencia de 29 de julio de 1988 (Fondo), “Caso *Velásquez Rodríguez vs. Honduras*”, párrafo 175

gratuito, inmediato y por el tiempo que sea necesario, inclusive la provisión sin costo de medicamentos, considerando sus circunstancias y necesidades particulares a fin de contrarrestar el sufrimiento derivado de la muerte de V1.

ii. Satisfacción.

88. En el presente caso, la satisfacción comprende que las autoridades recomendadas deberán iniciar las investigaciones respectivas con motivo de las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1, por ello, este Organismo Nacional formulará queja ante ese Instituto de Seguridad Social de conformidad a lo establecido en el párrafo segundo del artículo 72 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como denuncia de hechos ante la Procuraduría General de la República para que en el ámbito de su competencia se inicie e integre la averiguación previa que en derecho corresponda hasta su determinación y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su colaboración.

iii. Garantías de no repetición

89. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas. Este Organismo Nacional advierte que el ISSSTE remitió las constancias del curso “Temas Específicos de Derechos Humanos” y “Conceptos Básicos de Derechos Humanos, Cuarta Generación” que se impartieron a funcionarios y trabajadores del ISSSTE de 19 delegaciones estatales y regionales, 9 hospitales regionales, el Centro Médico Nacional, 4 unidades centrales y 4 órganos desconcentrados y un sindicato, así como del “Curso Preventivo de

Recomendaciones de la CNDH-2015” para el personal de la Clínica Hospital el 18 y 19 de mayo del 2015.

90. No obstante lo anterior, es necesario que las autoridades del ISSSTE implementen un curso integral a todo el personal del referido hospital y se haga extensivo a todos los hospitales del ISSSTE de esa Entidad Federativa, sobre la debida observancia de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3-2012 y NOM-027-SSA3-2013, además de la GPC-PDTNA-CA y otras relacionadas con la geriatría, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos de las personas adultas mayores. De igual forma, los manuales y cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad.

91. Aun cuando la autoridad administrativa informó a este Organismo Nacional que solicitó a los médicos del citado hospital tramitar la certificación y recertificación ante el Consejo de Especialidades Médicas, a la fecha de emisión de la presente Recomendación no se cuenta con las constancias que acrediten su cumplimiento; por tanto, deberá darse cumplimiento al punto tercero Recomendatorio. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la LGS, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de la referida Ley.

iii. Compensación.

92. Consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, se considera necesario que las autoridades del ISSSTE otorguen una compensación a familiares de V1 que conforme a derecho corresponda, cuyo monto deberá

establecerse en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, como consecuencia de la responsabilidad en que incurrió el personal de la Clínica Hospital del ISSSTE, en Uruapan, Michoacán y por la responsabilidad institucional, en los términos descritos en esta Recomendación.

93. Sobre el particular, esta Comisión Nacional reconoce que el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE declaró procedente la queja médica y aprobó el pago por indemnización derivado de la muerte de V1, sin embargo, a la fecha de la emisión de la presente Recomendación no ha acreditado la realización de dicho pago.

94. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, 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 en el presente caso con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, a fin de que inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente y formule la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra el personal médico involucrado.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se instruya a quien corresponda, a fin de que se tomen las medidas necesarias para reparar los daños ocasionados a Q1 y demás familiares de V1, que incluya el pago de una compensación y la atención psicológica a Q1 y demás familiares de V1 que conforme a derecho corresponda, como consecuencia de la

responsabilidad institucional en que incurrió el personal de la Clínica Hospital del ISSSTE, en Uruapan, Michoacán, con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Diseñar e impartir un curso integral de capacitación a todos los servidores públicos de los hospitales del ISSSTE en esa entidad federativa, especialmente a los adscritos a la Clínica Hospital del ISSSTE, en Uruapan, sobre el conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicana y guía de práctica clínica señaladas en la presente Recomendación y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se giren las instrucciones respectivas para emitir una circular dirigida al personal médico de la Clínica Hospital del ISSSTE, en Uruapan, en la que se les requiera entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado y profesional para atender casos similares al presente, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno del Control en el ISSSTE, contra AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10 involucrados en los hechos de la presente Recomendación y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Se colabore debidamente en la integración de la indagatoria que se inicie con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de la República, por ser AR1, AR2, AR3, AR5 y AR9

servidores públicos federales; y remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos la constancias que acrediten dicha colaboración.

SEXTA. Inscribir a V1 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que sus familiares tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

95. 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 servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsanen las irregularidades de que se trate.

96. 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.

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

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

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ