



## Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 66/2016

**SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y A LA VIDA, EN AGRAVIO DE V1, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 11 DEL IMSS EN NUEVO LAREDO, TAMAULIPAS.**

Ciudad de México, a 26 de diciembre de 2016

**LIC. MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA  
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/5/2013/7039/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, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno. Los datos se pondrán 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 compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

### **I. HECHOS.**

3. El 11 de octubre de 2013, se recibió en esta Comisión Nacional, por razón de competencia, la queja de Q, remitida por la Comisión de Derechos Humanos del

Estado de Tamaulipas (Comisión Estatal), en la que señaló que el 12 de septiembre de 2013 llevó a su esposa V1, de 39 años, a Urgencias del Hospital General de Zona No. 11, (HGZ-11) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Nuevo Laredo, Tamaulipas, ya que padecía una alergia sin saber el tipo de la misma, siendo atendida por AR, a quien le indicó que en otras ocasiones había presentado el mismo problema, habiendo sido necesario suministrarle oxígeno.

4. Q agregó que AR le indicó que V1 tenía una infección cualquiera, que no era de urgencia, sin embargo, media hora después V1 presentó problemas para respirar, perdió el conocimiento, otros médicos la llevaron a un cubículo y fue necesario entubarla y colocarle un ventilador artificial.

5. También refirió Q que debido a lo anterior V1 presentó neumonía y daño cerebral, que permaneció cuatro días en Urgencias y, posteriormente, fue remitida al Servicio de Terapia Intensiva, el 15 de septiembre de 2013.

6. El 25 de septiembre de 2013 un médico del citado Hospital le comentó a un familiar de V1 que en la madrugada su estado de salud se complicó dada la falta de oxigenación, y que había tenido un problema en el corazón que la llevó a la muerte.

7. El 25 de septiembre de 2013, Q presentó queja ante la Comisión Estatal radicándose el expediente EQ, institución que lo remitió por razón de competencia a esta Comisión Nacional, donde el 9 de octubre de 2013 se inició el expediente CNDH/5/2013/7039/Q y para documentar las violaciones a derechos humanos, se solicitó información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

## **II. EVIDENCIAS.**

8. Oficio 487/2013-L, del 25 de septiembre de 2013, a través del cual la Comisión Estatal remitió el expediente de queja EQ, en el que obra el escrito de queja de Q de la misma fecha, por el que denunció diversas violaciones a derechos humanos en perjuicio de su esposa V1 atribuidas a personal HGZ-11.

**9.** Oficio 95217614621/2200, de 24 de octubre de 2013, a través del cual el IMSS remitió copia del informe suscrito por AR.

**10.** Oficio 95217614621/2282, de 6 de noviembre de 2013, al que el IMSS adjuntó copia del expediente clínico integrado por los servicios médicos otorgados a V1 en el HGZ-11, del que destacan las constancias siguientes:

**10.1.** Nota Médica de Urgencias de las 21:58 horas, del 12 de septiembre de 2013, elaborada por AR en la que anotó que V1 acudió al citado nosocomio debido a que padecía de odinofagia (deglución dolorosa) de 8 horas de evolución, con dificultad respiratoria, por lo que suministró “*solfisiol*”, “*ketorolaco*”, “*dexametasona*”, “*metamizol*” y “*ceftriaxona*”.

**10.2.** Nota Médica de Urgencias de las 00:20 horas, del 13 de septiembre de 2013, en la que AR indicó que durante la aplicación del tratamiento V1 comenzó con disnea (dificultad respiratoria), por lo que suministró “*metilprednisolona*”; sin embargo, continuó con su padecimiento y expectoración blanquecina, razón por la que fue trasladada al área de adultos, y le administraron “*dexametazona*”, “*naloxona*”, “*B. ipatropio*”, “*betametazona*”, “*ceftriaxona*”, “*dobutamina*”, “*midazolam*” y “*adrenalina*”, solicitó apoyo del servicio de anestesiología y medicina interna y, se le intubó para proporcionarle ventilación mecánica.

**10.3.** Nota clínica de Medicina Interna de las 00:20 horas, del 13 de septiembre de 2013, en la que SP1 asentó que V1 presentaba síndrome convulsivo y paro cardiorrespiratorio, con duración de tres minutos, por lo que inició reanimación cardiopulmonar avanzada.

**10.4.** Nota de evolución de las 03:00 horas del 13 de septiembre de 2013, en la que SP1 registró que V1 presentaba cuadro convulsivo tónico clónico (crisis epiléptica en la que produce una pérdida de conciencia brusca seguida de rigidez corporal al inicio y después movimientos rítmicos).

**10.5.** Nota de Valoración y Gravedad de Medicina Interna, con fecha y hora ilegible, en la que SP2 estableció como diagnóstico probable choque anafiláctico (complicación ocasionada por una reacción de hipersensibilidad mediada por inmunoglobulina E, que se caracteriza por síntomas en diferentes órganos del cuerpo y produce afecciones sistemáticas de gravedad variable) y encefalopatía anoxo-isquémica (forma parte del síndrome producido por el desequilibrio entre el aporte de oxígeno y el flujo sanguíneo cerebral, entre sus causas están la asfixia o insuficiencia respiratoria o reducción global del flujo sanguíneo cerebral, como es el caso del paro cardíaco) y, que V1 cumplía con el criterio para ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos; que no había camas disponibles, que el pronóstico era reservado y que se reportaba muy grave.

**10.6.** Nota de Ingreso a cuidados intensivos a cargo de Medicina Interna del 15 de septiembre de 2013, sin hora, en la que SP3 asentó como antecedentes personales no patológicos de V1, alergias desde los 18 años al polen, al ácido “*acetilsalicílico*” (asa) y hospitalizaciones previas en urgencias por cuadros de reacción alérgica y, a la exploración física la encontró inconsciente, con discreta palidez de piel, con apoyo de ventilación mecánica, y como impresión diagnóstica choque anafiláctico y probable encefalopatía anoxo-isquémica (afectación cerebral por falta o disminución de oxígeno), señalando como plan vigilar el estado neurológico y retirar la sedación.

**10.7.** Historia Clínica de 16 de septiembre de 2013, con nombre ilegible del médico que la elaboró, en la que se reseñaron como antecedentes personales patológicos de V1, atopia,<sup>1</sup> previas hospitalizaciones, alergias a polen y asa.

**10.8** Nota de evolución matutina, sin hora, del 19 de septiembre de 2013, en la que SP4 refirió que V1 había estado sin sedación durante 4 horas el día anterior; no obstante, al presentar ritmo respiratorio y frecuencia cardíaca alta, se decidió sedarla con “*midazolam*”.

---

<sup>1</sup> Reacción anormal de hipersensibilidad anómala que presentan ciertas personas ante la presencia de sustancias o condiciones que para el resto de la población son inocuas.

**10.9.** Nota de Defunción de las 10:03 horas del 25 de septiembre de 2013, en la que SP4 apuntó que V1 presentó alteración de signos vitales, encontrándola en paro cardiorrespiratorio, por lo que se iniciaron maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y avanzadas, por espacio de 20 minutos, sin respuesta favorable.

**10.10.** Certificado de Defunción con folio 130725712 del 25 de septiembre de 2013, en el que se advierte como causas del fallecimiento de V1 “INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA” de 72 horas de evolución, “ENCEFALOPATÍA HIPÓXICA” (desequilibrio entre el aporte de oxígeno y el flujo sanguíneo cerebral) y “CHOQUE ANAFILÁCTICO”, ambos de 13 días de evolución.

**11.** Actas Circunstanciadas de 4 de diciembre de 2013, en las que este Organismo Nacional hizo constar las diligencias realizadas con Q y T, quienes coincidieron en decir que el primero le solicitó en varias ocasiones a AR que le suministrara oxígeno a V1.

**12.** Oficio 641/30.102/0817Q/2014, de 3 de octubre de 2014, a través del cual el Órgano Interno de Control en el IMSS (OIC-IMSS), informó que admitió a trámite la queja relacionada con los hechos materia de esta Recomendación, registrándose el expediente GC.

**13.** Dictamen médico de 24 de octubre de 2014, de esta Comisión Nacional respecto a la atención brindada a V1 en el HGZ-11.

**14.** Acta Circunstanciada de 13 de enero de 2015, en la que este Organismo Nacional hizo constar la entrevista con Q, quien manifestó que procreó con V1, a V2, V3 y V4, quienes a esa fecha tenían 24, 22 y 14 años de edad respectivamente.

**15.** Oficio 95217614BB0/0028, de 19 de enero de 2015, el IMSS, en el que el IMSS informó que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo

Técnico *“resolvió en sentido improcedente”* el expediente QM, iniciado con motivo de la queja de Q.

**16.** Acta Circunstanciada de 4 de febrero de 2015, en la que esta Comisión Nacional hizo constar la gestión realizada con Q sobre la asesoría jurídica que se le brindó.

**17.** Oficio 95217614BB1/1377, de 15 de julio de 2015, al que el IMSS adjuntó copia de la siguiente documentación:

**17.1.** Dictamen de investigación médica de queja, del 1° de octubre de 2014, en el que se concluyó que la queja era improcedente desde el punto de vista médico.

**17.2.** Acuerdo del 1° de octubre de 2014, emitido en el expediente QM por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico, en el que resolvió improcedente la queja médica y que no había lugar al pago de indemnización por no existir responsabilidad civil, solamente el pago de ayuda de gastos funerarios; y respecto a la petición de pensión, se indicó que debería efectuarse ante la unidad médica de adscripción, instancia que determinaría lo procedente en términos de la Ley del Seguro Social y su normatividad.

**18.** Acta Circunstanciada de 5 de agosto de 2015, en la que esta Comisión Nacional hizo constar que se comunicó a Q la determinación emitida en el expediente QM.

**19.** Oficio 095217614BB1/0646, de 31 de marzo de 2016, al que el IMSS adjuntó copia de la siguiente documentación:

**19.1.** Volante de pago con folio 44598230, de 1° de octubre de 2013, expedido por el IMSS, a nombre de Q, relativo a la ayuda para gastos de funeral.

**19.2.** Oficio 290107613300/DSPE/0674/2016, de 28 de marzo de 2016, a través del cual el IMSS informó que se realizó el pago de gastos funerarios a Q.

**20.** Oficio 641/30.102/0549Q/2016, de 10 de agosto de 2016, mediante el cual el OIC-IMSS informó que el expediente GC, estaba concluido.

**21.** Acta Circunstanciada de 5 de octubre de 2016, en la que esta Comisión Nacional hizo constar la gestión realizada con Q, quien manifestó que no presentó denuncia penal por los hechos de su queja.

**22.** Acta Circunstanciada de 14 de diciembre de 2016, en la que constan algunas precisiones médicas de este Organismo Nacional sobre la atención que se brindó a V1 en al HGZ-11.

### **III. SITUACIÓN JURÍDICA.**

**23.** El 12 de septiembre de 2013 V1, acudió al HGZ-11 ya que presentaba una alergia y dificultad para respirar, por lo que el personal médico le administró diversos medicamentos.

**24.** Durante su estancia en el Servicio de Urgencias V1 tuvo un paro cardiorrespiratorio, deteriorándose su estado de salud, y el 25 de septiembre de 2013 presentó un segundo paro cardiorrespiratorio en la Unidad de Cuidados Intensivos que ocasionó su deceso.

**25.** El 1° de octubre de 2013, el IMSS expidió el volante de pago con folio 0044598230, a favor de Q, por ayuda de gastos de funeral.

**26.** El 13 de junio de 2014, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS resolvió improcedente la QM relativa a la atención médica brindada a V1, al considerar que no existe evidencia de deficiencias u omisiones y que su fallecimiento se debió a la naturaleza, estadio y complicaciones de la patología de fondo y no guarda relación con la atención institucional.

#### **IV. OBSERVACIONES.**

**27.** Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja CNDH/5/2013/7039/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con elementos que permiten evidenciar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud por inadecuada atención médica y a la vida, en agravio de V1, atribuibles a personal médico del Hospital General de Zona No. 11, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tamaulipas, en atención a las siguientes consideraciones.

#### **Derechos a la protección de la salud y a la vida.**

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

**29.** El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

**30.** En el artículo 1º de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, señala que: *“...la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos”*<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> CNDH. Recomendación 47/2016 del 30 de septiembre de 2016, pp. 20-22.



**31.** En este sentido, esta Comisión Nacional emitió la Recomendación General 15, el 23 de abril del 2009, *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la que se afirmó que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado *“un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud; (...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice (...) la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad y calidad”*.

**32.** La Suprema Corte de Justicia de la Nación<sup>3</sup> ha reconocido en jurisprudencia administrativa que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud se encuentra *“el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles”*, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que para garantizarlo, *“es menester que se proporcionen con calidad, (...) lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos.”*

**33.** El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero constitucional; 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1.1 y 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

**34.** De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana,

---

<sup>3</sup> *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD.”* Primera Sala, abril de 2009. Semanario Judicial de la Federación, registro 167530.

mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a las condiciones que los garanticen.<sup>4</sup>

**35.** En el “Caso *Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala*”, la CrIDH asumió que la protección activa del derecho a la vida es obligación de los Estados.<sup>5</sup>

**36.** En concordancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan el actuar profesional; en ese sentido destacan la “Declaración de Ginebra” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948, el “Código Internacional de Ética Médica” adoptado por la Asociación Médica Mundial en 1949 y la “Declaración de Lisboa” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1981 como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos de preservar la vida de sus pacientes.<sup>6</sup>

**37.** En el caso en estudio, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advierte que el 12 de septiembre de 2013, V1, mujer de 39 años de edad, que contaba con antecedentes de ser alérgica desde los 18 años al polen y al asa, con atopia y hospitalizaciones previas por probables reacciones anafilácticas, y con manejo de esteroides, fue valorada a las 21:58 horas por AR, quien en la nota médica indicó que la agraviada cursaba con odinofagia (dolor al deglutir) de 8 horas de evolución y dificultad respiratoria, estableciendo como único antecedente alérgica al asa.

---

<sup>4</sup> CNDH. Recomendación 47/2016, *ibídem*, p.61.

<sup>5</sup> Sentencia de Fondo, de 19 de noviembre de 1999, párr. 144.

<sup>6</sup> CNDH. Recomendación 47/2016, *ibídem*, p.63.

**38.** Durante la exploración física que AR realizó a V1, describió que encontró amígdalas y orofaringe hiperemica (coloración rojiza, dato de inflamación), sin exudados, con campos pulmonares bien ventilados y sin otros datos patológicos agregados, concluyendo que se trataba de un cuadro de faringoamigdalitis a descartar la presencia de absceso faríngeo, por lo que la manejó con soluciones para contar con una vía de acceso para medicamentos intravenosos, “ketorolaco”, “dexametasona”, “metamizol” y “ceftriaxona”, para 10 minutos y alta al término. Se indicó en el formato de urgencias un triage verde (el cual define pacientes con padecimientos leves, y de los cuales, puede postergarse su atención médica sin poner en riesgo su integridad física).

**39.** En el informe de 21 de octubre de 2013, AR informó que a las 21:58 horas del 12 de septiembre de ese año, recibió a V1 en el Servicio de Urgencias, quien le refirió que le dolía la garganta y batallaba para pasar saliva, lo que le dificultaba la respiración y que era alérgica al asa.

**40.** AR indicó que se mantuvo a V1 en observación en el área de triage del mismo servicio, porque se encontraba saturado de pacientes, para posterior valoración y alta, y que terminara de pasar los citados medicamentos.

**41.** También AR informó que a las 23:45 horas de ese día, V1 presentó disnea acompañada con expectoración blanquecina, por lo que se le administró “metilprednisolona”<sup>7</sup> y oxígeno con puntas nasales, pasándola al cuarto 40 (área de shock), además 3 ámpulas de “atropina” subcutánea, solicitó interconsulta a Medicina Interna y apoyo a Anestesiología, entubándose a la paciente y se inició ventilación mecánica asistida.

**42.** Finalmente, AR informó que, al interrogatorio directo, V1 mencionó que era alérgica al asa, tal y como lo plasmó en la nota médica.

---

<sup>7</sup> Medicamento utilizado, entre otros casos, para tratar o evitar reacciones alérgicas, de leves a severas.

**43.** De acuerdo con la nota médica de las 00:20 horas, del 13 de septiembre de 2013, elaborada por AR, al no mejorar las condiciones de V1 y, por el contrario, aumentó el grado de dificultad respiratoria, fue ingresada al área de Urgencias Adultos, donde continuó bajo sedación y con ventilación mecánica.

**44.** AR indicó la toma de placa radiográfica de tórax a V1, la que evidenció infiltrado basal izquierdo (acumulación de secreciones en la base pulmonar), concluyendo como diagnóstico probable reacción anafiláctica (reacción alérgica severa en todo el cuerpo), neumonía y faringoamigdalitis.

**45.** Considerando la nota médica de hora ilegible, SP1 indicó que encontrándose V1 aun en el Servicio de Urgencias, intubada y bajo sedación presentó síndrome convulsivo y paro cardiorrespiratorio, por lo que se iniciaron maniobras de reanimación cardiopulmonar por tres minutos, auscultando sibilancias (ruido al respirar) e instaurando en ese momento manejo a base de broncodilatador, esteroides, antibiótico, aminas vasopresoras y “*benzodiazepina*” para sedación, así como impregnación con “*fenitoina*” como tratamiento agregado para el cuadro de convulsiones tónico-clónicas continuando con disminución de ruidos respiratorios en ambas bases pulmonares, ya sin sibilancias (indicio de disminución de broncoespasmo).

**46.** En la nota médica con hora y fecha ilegible, estando V1 en el área de Urgencias Adultos, SP2 asentó que un familiar de V1 le refirió el antecedente de atopia y estableció los diagnósticos de choque anafiláctico y probable encefalopatía anoxo-isquémica.

**47.** En el expediente clínico de V1 no existe registro sobre el motivo por el cual al ingreso de la agraviada a urgencias no fueron referidos sus antecedentes de atopia y hospitalizaciones previas, que eran de vital importancia, ya que sólo se mencionó el antecedente de alergia a asa.

**48.** En relación con el diagnóstico de choque anafiláctico, en el Dictamen Médico de este Organismo Nacional se define como una reacción adversa de causa inmunológica desencadenada por el contacto previo del paciente sensibilizado, con diferentes agentes externos (medicamentos, alimentos, picaduras de insectos y agentes físicos, entre otros) y que constituye una de las reacciones alérgicas más severas.

**49.** Se destacó que cuando se trata de un caso grave los pacientes cursan con urticaria generalizada, disfagia, náuseas y vómitos, prurito y ansiedad, que progresan en minutos y con mayor intensidad, pudiendo presentarse hipotensión, taquicardia, arritmia, shock, e incluso llegar al infarto agudo al miocardio. Por lo que la reacción que presentó V1 corresponde más a una hiperreacción localizada a nivel de vías aéreas, condicionada por la atopia preexistente en la agraviada y al proceso infeccioso (neumonía) que presentaba.

**50.** Además, en el Dictamen Médico se puede observar que en las notas médicas relacionadas con la atención médica que se brindó a V1, no se describió alguno de los signos de anafilaxia antes mencionados, ni que la dificultad respiratoria la presentó aproximadamente 8 horas antes de su ingreso a HGZ-11, así como que fue uno de los motivos de consulta, por lo que estableció que esa dificultad respiratoria no comenzó durante la aplicación de alguno de los medicamentos que indicó AR.

**51.** También indicó que el inicio de las reacciones anafilácticas es brusco y aparece a los pocos minutos de la exposición al agente etiológico, y que entre los primeros síntomas se encuentran: una sensación febril, sensación de plenitud en boca y garganta, congestión nasal, prurito generalizado en piel y conjuntiva ocular congestiva, broncoespasmo y/o edema en vías aéreas, con disnea, tos y silbancias.

**52.** Respecto al diagnóstico de AR, en esa primera valoración, la especialista médica de esta Comisión Nacional en el dictamen de 24 de octubre de 2014, determinó que, conforme a lo establecido en la Guía de Práctica Clínica para el “Diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda” del Consejo de Salubridad General, la

mayoría de las veces los cuadros son de etiología viral, por lo que el manejo inicial debe ser sintomático, y se debe agregar antibiótico en los casos en que se sospeche de una infección bacteriana agregada, tal y como lo hizo AR.

**53.** No obstante lo anterior, en el citado dictamen se precisó que en este caso se evidencia “...*la falta de habilidad en la técnica de auscultación, así como en la integración de un síndrome pulmonar (neumonía), dados los datos clínicos que presentó la agraviada, (expectoración, estertores broncoalveolares referencia de dificultad respiratoria).*”

**54.** El diagnóstico erróneo establecido por AR de faringoamigdalitis conllevó a que se prescribiera a V1 un tratamiento no específico el cual, aunado a la condición de hipersensibilidad por atopia de la paciente, favoreció el desarrollo de un cuadro clínico severo que se manifestó mediante dificultad respiratoria y expectoración blanquecina que no respondió a la administración de los medicamentos y, por el contrario, evolucionó con una exacerbación fatal de inflamación de vías respiratorias que ameritó de intubación orotraqueal y apoyo mecánico ventilatorio.

**55.** Aunado a ello, en el Dictamen Médico se abundó que: “...*de acuerdo a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de neumonía en adultos, no se aplicó oxígeno nasal para mantener un[a] presión de oxígeno adecuada, lo cual también se encuentra descrito como manejo inicial en la misma guía, ya que hasta que aumentó la disnea y se evidenció la expectoración blanquecina (dos horas con treinta minutos después de su ingreso), se diagnosticó la neumonía, y fue entonces, que se administró el suplemento de oxígeno. Es decir, la paciente ingresó con datos de neumonía y requería desde un inicio aporte de oxígeno, sin embargo esta no se detectó oportunamente.*”

**56.** Por tales consideraciones, el Dictamen Médico de este Organismo Nacional sostiene que la atención médica proporcionada a V1, el 12 de septiembre de 2013, a las 21:58 horas, por parte de AR “...*fue inadecuada, incurriendo en negligencia ya que omitió realizar un interrogatorio completo, una exploración física y auscultación*

*minuciosa de tórax, emitiendo un diagnóstico inadecuado y por lo tanto un tratamiento incompleto, ocasionando una evolución hacia el deterioro de la agraviada. “*

**57.** Asimismo, que “...*el diagnóstico inadecuado y tratamiento incompleto por falta de administración de oxígeno...derivó en encefalopatía anoxo-isquémica, conllevando al deterioro progresivo de su estado de salud y que a la postre derivó en su fallecimiento.*”

**58.** Contrario a lo señalado en el dictamen de investigación médica de queja, del 1° de octubre de 2014, emitido en el expediente QM, en el que se estableció que no existe evidencia de deficiencias u omisiones en la atención médica que se proporcionó a V1, y que su fallecimiento se debió a la naturaleza, estadio y complicaciones de la patología de fondo, que no guarda relación con la atención institucional, de las notas médicas elaboradas por AR se advierte que es precisamente la patología de fondo la que no fue identificada de forma oportuna, dado que desde el momento en que V1 ingresó al HGZ-11, ya presentaba un cuadro infeccioso de vías respiratorias (neumonía).

**59.** También se observa que debido a que AR llevó a cabo una exploración física deficiente pasó desapercibido ese cuadro infeccioso, lo que aunado a que realizó un interrogatorio omiso y poco exhaustivo, no le permitió identificar los antecedentes de dificultad respiratoria de tres días de evolución y de atopía de la agraviada, siendo éste último una condición de hipersensibilidad que tiene como consecuencia que las personas que la padecen, respondan de una manera exagerada a los estímulos infecciosos, y que incluso en el caso de V1, ya había sido hospitalizada en diversas ocasiones.

**60.** En este sentido, el Dictamen Médico de esta Comisión Nacional, concluye que el diagnóstico erróneo de faringoamigdalitis conllevó a un tratamiento no específico y a la indicación de un alta al término de la administración de una solución con “*ketorolaco*”, “*dexametazona*” y “*metamizol*”, indicación que resultó precipitada ya que la dificultad

respiratoria con la que ingresó V1, se agravó mientras aún se encontraba en el Servicio de Urgencias de HGZ-11.

**61.** Sirve de apoyo los siguientes criterios orientadores emitidos por los Tribunales Colegiados de Circuito,<sup>8</sup> y por la Primera Sala,<sup>9</sup> que resolvieron que *“El ejercicio de la medicina está fundamentado en que el profesional que la práctica: a) posee concomimientos científicos; b) permanentemente se actualiza; c) ha desarrollado las habilidades y destrezas que le permiten una interpretación correcta de los síntomas y signos que presenta un paciente; y d) formule un diagnóstico probable que debe afirmarse o descartarse con la realización de los procedimientos y exámenes para aplicar los tratamientos pertinentes...”*. *“...el hecho de realizar un diagnóstico sin la diligencia debida por parte del personal médico, constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes, riesgo que no se encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina.”*

**62.** SP2 en la nota médica referida en el párrafo 42, detalló que encontró a V1 con movimientos involuntarios aun con el aporte de *“midazolam”* (sedante), con disminución de la entrada y salida de aire en ambas bases pulmonares, y nuevamente broncoespasmo (cierre de los bronquios), ajustando aminas vasopresoras debido a la tendencia a la hipotensión (disminución de la presión arterial 90/50), indicando su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos en cuanto hubiera lugar y solicitando tomografía computarizada y electroencefalograma, manteniéndose con revisiones a cargo de Medicina Interna, durante su estancia en el Servicio de Urgencias.

**63.** SP3 valoró a V1 a las 08:00 del día 15 septiembre de 2013, registrando en la nota médica que la encontró con campos pulmonares limpios (con remisión del broncoespasmo), con mejoría hemodinámica y metabólica, por lo que indicó la disminución progresiva de la sedación con la finalidad de valorar la función cerebral,

---

<sup>8</sup> *“PRÁCTICA MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE LOS CONCEPTOS INDICACIÓN Y LEX ARTIS, PARA DETERMINAR SI SE AJUSTA A LA TÉCNICA CORRECTA”*, Semanario Judicial de la Federación, octubre 2013, Registro 2004743.

<sup>9</sup> *“MALA PRÁCTICA MÉDICA. DIAGNÓSTICO ERRÓNEO COMO ELEMENTO PARA DETERMINAR SU EXISTENCIA”*, Semanario Judicial de la Federación, enero 2013, Registro 2002570.



ya que para estar en posibilidad de realizarla, el paciente debe encontrarse consciente, sin los efectos de cualquier sedante durante al menos 24 horas.

**64.** En el Servicio de Cuidados Intensivos V1 continuó a cargo del personal de Medicina Interna, siendo valorada inicialmente por SP3 a las 09:00 horas del 15 de septiembre de 2013, quien indicó se continuara con destete de sedación y de aminos vasoactivas, aun con apoyo ventilatorio, registrando en la nota médica que no respondía a estímulos verbales.

**65.** En la nota médica del 19 de septiembre de 2013, con hora ilegible, elaborada por SP4, refirió que después de retirar la sedación, V1 comenzó con desaturación de oxígeno (disminución de los niveles de oxígeno en la sangre) y lucha con el ventilador, llegando a tener una frecuencia respiratoria de 45 respiraciones por minuto (normal 12-16), restaurando adecuadamente la sedación, continuando con estertores predominantemente en hemitórax derecho y apreciando la placa radiográfica solicitada previamente con aumento de la trama broncoalveolar (aumento de la presión vascular bronquial debido a proliferación fibrocelular de las arterias musculares pequeñas, venas y linfáticos, que remodela la región y es proporcional a la duración de la insuficiencia respiratoria), y debido a estos hallazgos radiológicos aunado a una clínica con temperatura de 38.4 grados, persistencia de estertores crepitantes y secreciones bronquiales, se indicó lavado bronquial del cual se obtuvieron múltiples coágulos hemáticos y purulentos, e indicó que posterior al destete se realizara una prueba de laboratorio para descartar tuberculosis pulmonar.

**66.** En el Dictamen Médico se consideró que durante la estancia de V1 en el Servicio de Urgencias “...de acuerdo a lo referido por un (médico) del cual no se conocen sus datos por encontrarse rúbrica ilegible en su nota, evolucionó con un estado de salud grave, con elevación de leucocitos, y descontrol metabólico evidenciado por hiperglucemia, y elevación de enzimas hepáticas.”

**67.** También que de acuerdo con lo descrito en la bibliografía médica especializada, “...después que un paciente en paro recupera la circulación cardiaca espontanea, se

*presenta una cascada de eventos cuya característica fundamental es la lesión cerebral anóxica, y su consecuente disfunción sistémica...*” y que no obstante que de la tomografía simple de cráneo que se realizó a V1 el 13 de septiembre de 2013 se obtuvo que las estructuras óseas y encefálicas presentaban características normales, sin evidencia de hemorragia o lesión isquémica, después del primer paro cardiorrespiratorio, el cuadro clínico de la agravada evolucionó de manera poco favorable debido a encefalopatía anoxo-isquémica.

**68.** Se considera en el Dictamen Médico que la toma del estudio tomográfico se encontraba indicada para descartar un daño isquémico en el tejido encefálico y, si bien es cierto no se encuentra en el expediente proporcionado hoja de traslado, el informe del director del HGZ-11, en su punto número 4, destaca que el traslado de la paciente se realizó con personal médico y paramédico con apoyo ventilatorio, con aporte de oxígeno de manera ambulatoria.

**69.** Se encuentra que debido a la falta de respuesta al medicamento V1 evolucionó con falla orgánica producto de la encefalopatía anoxo-isquémica, con distensión de abdomen, hipertermia, falla hepática y respiratoria, alcalosis respiratoria, leucocitosis de 37.800, a expensas de neutrofilia (evidencia de la influencia del antecedente de atopia y su reacción exagerada ante las infecciones), complicándose con infección agregada identificada por la presencia de secreciones en el sitio de inserción del catéter central, por lo que el médico epidemiólogo solicitó cultivo de secreción con antibiograma.

**70.** Ante la presencia de distrés respiratorio se requirió nuevamente apoyo del Servicio de Anestesiología, para realizar cambio de cánula, sin embargo, pese a las medidas de soporte, el 25 de septiembre de 2013 se le reportó a SP4 que V1 presentó alteración en los signos vitales, encontrándola en la revisión física en paro cardiorrespiratorio, por lo que se iniciaron maniobras de reanimación básica y avanzada durante 20 minutos sin respuesta, decretando el fallecimiento a las 09:55 horas de ese día a causa de insuficiencia respiratoria aguda debido a encefalopatía hipóxica.

**71.** En virtud de lo anterior, el Dictamen Médico estableció que pese a que el certificado de defunción se señalaron como causas del fallecimiento de V1, insuficiencia respiratoria aguda de 72 horas de evolución y encefalopatía hipóxica y choque anafiláctico de 13 días de evolución, se puede establecer conforme a lo plasmado en la nota médica de ingreso a cuidados intensivos a cargo de Medicina Interna del 15 de septiembre de 2013, que la paciente presentaba un cuadro de dificultad respiratoria de al menos 5 días de evolución, mismo que se agravó durante estancia en el Servicio de Urgencias.

**72.** Por lo expuesto, concatenando cada evidencia referida y analizando los sucesos de manera integral, se advierte que las conductas desplegadas en el presente caso por AR, vulneró los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1, previstos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 4º, párrafo cuarto, constitucional; 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II, 77 Bis 9, fracciones V y VIII, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

### **Inobservancia de la normatividad sobre el expediente clínico.**

**73.** De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advierte que en historia clínica y en la nota de evolución matutina del 16 y 19 de septiembre de 2013, respectivamente, el nombre del médico está ilegible y en la segunda no se anotó la hora, además en las notas médicas de la atención proporcionada a V1, se omitió asentar el nombre completo, cargo, rango y matrícula del médico tratante, a lo que se suma ilegibilidad de la información y uso de abreviaturas, infringiendo con ello los numerales 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012, *“Del Expediente Clínico”*, que estatuyen: *“Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.”*, y 5.11: *“Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin*

*abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.”<sup>10</sup>*

**74.** También se ha enfatizado en la necesidad que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la NOM-004-SSA3-2012, “*Del Expediente Clínico*”, en la que se describe la obligación de los citados prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como lo ha venido sosteniendo esta Comisión Nacional en diversos precedentes de Recomendaciones, entre otras, la 1/2011, 14/2012, 13/2013, 20/2014, 39/2015, 8/2016, 40/2016 y 47/2016.<sup>11</sup>

### **Responsabilidad.**

**75.** Conforme a lo expuesto, AR, el 12 de septiembre de 2013 al atender a V1, vulneró su derecho a la protección de su salud y a la vida, como consecuencia de la inadecuada atención médica que, conforme a la ciencia médica, estaba obligado a ejercer y que exige, ante todo, la búsqueda de la preservación de la vida.

**76.** Asimismo, AR incumplió las obligaciones previstas en los artículos 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos; y 303 y 303 A , de la Ley del Seguro Social, en los que se prevé la obligación que tienen los servidores públicos 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.*”

**77.** Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos; 6º, fracción

---

<sup>10</sup> CNDH. Recomendación 47/2016, ibídem, p.31.

<sup>11</sup> Sentencia de Fondo, de 19 de noviembre de 1999, párr. 144.

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 IMSS, a fin de que se inicie e integre el procedimiento administrativo de investigación correspondiente, y además formule la denuncia de hechos ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra AR, cuya intervención y responsabilidad se describe en esta Recomendación.

### **Reparación Integral del daño y formas para dar cumplimiento.**

**78.** Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para obtener la reparación del daño derivado de la responsabilidad del Estado consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra lo es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108, 109 y 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, que 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.

**79.** Asimismo, de conformidad con el artículo 1º, párrafos tercero y cuarto, de la Ley General de Víctimas, existe la obligación de las autoridades de todos los ámbitos de gobierno a reparar a las víctimas de una forma integral, y de manera correlativa a esta obligación, el derecho que tienen las víctimas a ser reparadas de manera integral por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones a derechos humanos que les causaron, a través de medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.

**80.** Para tal efecto, en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VII, 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VI, 67, 68, 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, al acreditarse violaciones a los derechos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1, por la falta de diligencia en la atención médica que le fue proporcionada por AR derivó en su fallecimiento, por lo que se deberá inscribir a Q, V2, V3 y V4, 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 a los derechos y garantías establecidas para las víctimas, así como al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida Ley.

**81.** A fin de reparar el daño que se establece en el punto primero recomendatorio, deberán considerarse los daños psicológicos sufridos por Q, V2, V3 y V4, y el acercamiento con las víctimas para determinar la atención tanatológica que sea indispensable. La atención deberá ser proporcionada por profesionales especializados hasta la total rehabilitación de los familiares. Esta atención deberá ser gratuita y brindarse en un lugar accesible para ellos.

**82.** Asimismo, por concepto de compensación se deberá pagar una suma de dinero justa y suficiente, cuyo monto podrá establecerse en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y que deberá tomar en consideración los daños morales, provocados por las aflicciones y sufrimientos causados a Q, V2, V3 y V4 con motivo del fallecimiento de V1.

**83.** Con respecto a los puntos segundo y tercero recomendatorios, relacionados con la colaboración en la denuncia y queja que presentará esta Comisión Nacional en la Procuraduría General de la República y ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, deberán informarse las acciones de colaboración que efectivamente realicen, atendiendo los requerimientos de esas instancias de forma oportuna y completa.

**84.** Asimismo, respecto a la capacitación mencionada en el cuarto punto recomendatorio, deberá brindarse un curso en materia de derechos humanos, así

como del conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud y de la práctica médica, en los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social, especialmente al HGZ-11.

**85.** Por lo que hace al cumplimiento del punto quinto recomendatorio, relacionado con la emisión de una circular dirigida al personal médico de la unidad responsable, en la que se les exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas correspondientes, se deberá remitir la notificación de la citada circular al personal médico de referencia, asimismo la certificación o recertificación que hayan obtenido.

**86.** Finalmente, con respecto al punto sexto recomendatorio, se deberá inscribir a Q, V2, V3 y V4 en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de tener acceso a los beneficios señalados en la Ley General de Víctimas.

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

## **VI. RECOMENDACIONES.**

**PRIMERA.** Se instruya a quien corresponda a fin de que, en términos de la Ley General de Víctimas, se reparen los daños ocasionados a V1, Q, V2, V3 y V4, y se les otorgue la atención psicológica y tanatológica necesarias, como consecuencia de la responsabilidad médica detallada, con base en las consideraciones planteadas en el cuerpo de la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Colaborar debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la Procuraduría General de la República, por ser AR servidor público federal y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**TERCERA.** Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS respecto del médico involucrado en los hechos de la presente Recomendación, enviándose a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

**CUARTA.** Se diseñe e imparta, en el HGZ-11 un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud, con el objetivo de que los servidores públicos cuenten con los elementos técnicos y científicos que les permitan desempeñar sus funciones de manera correcta y efectiva, remitiendo a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**QUINTA.** Se emita una circular dirigida al personal médico del HGZ-11, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que se tramite ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias, que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEXTA.** Inscribir a Q, V2, V3 y V4 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de tener acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**87.** 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 tanto de formular 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 o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

**89.** 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 de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

**90.** 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, su comparecencia a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

**EL PRESIDENTE**

**LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ**